

TRAUMATISME CRANIO-ENCEFALICE CU SIMPTOME DE ABDOMEN ACUT

Z. Pápai, F. Biró

În serviciile de urgență și de traumatologie formele complexe sub care se prezintă leziunile traumatizațiilor cauzează deseori dificultăți la stabilirea diagnosticului. Uneori, din cauza incertitudinii tabloului general al examenului abdominal diagnosticul nu poate fi elucidat decât prin laparotomie explorativă. Traumatismele craniene imită în unele cazuri simptomele de abdomen acut. Această problemă dobândește practic o importanță deosebită, atunci când concomitent cu traumatismul cranian s-a produs și o leziune abdominală mascată și e foarte greu de știut dacă ne găsim de fapt în fața unui proces intraabdominal, sau numai în fața unor simptome care mimează acest proces.

Traumatismele craniene izolate, indiferent că este vorba de comotii sau contuzii cerebrale, fracturi ale bazei craniului sau hemoragii intracraniene — pot să provoace următoarele simptome, imitând tabloul de abdomen acut:

1. apărare musculară a peretelui abdominal care se poate localiza pe una din jumătățile abdomenului sau mai rar afectează întreg abdomenul; la palparea bolnavul semnaleză durere în regiunea corespunzătoare apărării musculare;
2. leucocitoză; numărul leucocitelor se poate ridica uneori pînă la 30—40 de mii, un simptom care cauzează confuzii;
3. stare de șoc gravă;
4. greață, vărsături (aceste simptome sînt caracteristice pentru ambele procese).
5. prezența concomitentă a unei bradicardii consecutive comotiei și a apărării musculare în vecinătatea hipocondriului drept, semn care poate trezi suspiciunea de ruptură a ficatului.

Cazurile prezentate în cele ce urmează, în care traumatismelor craniene li s-au asociat simptome de abdomen acut, sînt de natură să ilustreze constatările de mai sus.

Obs. 1. B. J. instalator electrician, în vîrstă de 30 de ani, înainte de a fi internat cu 4 ore, cade de la o înălțime de 6 m. Și-a pierdut cunoștința și nu este capabil să descrie împrejurările în care a avut loc accidentul. Maxilarul inf. prezintă o mobilitate patologică. Abdomenul sub nivelul toracice este tare ca scîndura, are o sensibilitate difuză, al cărei punct maxim se află pe linia mediană sub ombilic. Regiunea renală e liberă, bolnavul elimină spontan urină curată. Pulsul: 100 de bătăi pe minut. Tensiunea arterială: 70/50 mm. Numărul hematiilor: 3.800.000; nr. leucocitelor: 32.000. Pe radiografa a craniului se vede fractura cominutivă a maxilarului inferior. În rest nimic patologic.

În ciuda apărării musculare accentuate și a leucocitozei intense, nu am executat laparotomie, luînd în considerare tabloul general. În cursul observației bolnavului, apărarea musculară a cedat treptat, tensiunea arterială s-a ridicat (115/80), dar numărul leucocitelor a continuat să fie crescut (30.000, 28.600). A doua zi dimineața apărarea musculară a dispărut, iar leucocitoza a scăzut la 18.000. După două zile bolnavul a fost transportat la serviciul de chirurgie maxilo-facială pentru a i se aplica un tratament corespunzător.

Obs. 2. O. V. soldat în vîrstă de 21 de ani, cu 2 ore înainte de internare a căzut pe scări de la o înălțime de 7 m. Și-a pierdut cunoștința aproximativ 15 minute. Are incontinență de urină și de fecale. Din nas și din gură îi curge sînge. Iși aduce aminte de precedentele fără însă să poată preciza împrejurările accidentului. La întrebările puse raspunde logic, dar prolix. Fața e palidă, buzele cianotice. Pulsul: 68 de bătăi pe minut; respirația superficială. Abdomenul prezintă o apărare musculară pronunțată sub rebordul costal stîng. Coloana vertebrală dorso-lombară este sensibilă la apăsare și percucie. Numărul leucocitelor: 33.000; numărul hematiilor: 4.200.000; tensiunea arterială: 105/70. Radioscopia și radiografia din față și profil a coloanei vertebrale din regiunea lombo-sacrală și a bazinului nu pun în evidență nimic patologic. Pe baza examenelor se suspectează, în afară de fractura bazei craniului, o ruptură de sîplină. Institutul tratamentului de combatere a stării de șoc. Acesta se dovedește eficient. În interval de 3 ore apărarea musculară dispăre aproape complet, numărul hematiilor scade la 22.000 și, dată fiind starea generată ameliorată a bolnavului, continuăm tratamentul conservator. A doua zi abdomenul e relaxat, iar numărul hematiilor a scăzut la 11.600. În vederea continuării tratamentului bolnavul a fost transportat la Clinica de neurologie, unde s-a stabilit diagnosticul de fractură a bazei craniului. După aplicarea unui tratament indicat, bolnavul părăsește clinica în stare vindecată.

Obs. 3. M. J. bărbat în vîrstă de 41 de ani, cu o oră înainte de internare a căzut dintr-un nuc. Și-a pierdut cunoștința timp mai îndelungat. E palid, are buzele cianotice. Pulsul: 70 de bătăi pe minut. Respirația puțin superficială, 24 pe minut. În regiunea parietală dreaptă a craniului se observă o leziune a părții moi, lungă de 28 de cm, avînd un traiect curbat, întrerupt, o suprafață neregulată, extinzîndu-se în profunzime pînă la oasele craniene. Abdomenul e foarte întins, țepăn, greu palpabil. De la rebordul costal drept pînă în regiunea cecală se constată apărare musculară. Bolnavul elimină spontan urină curată. Tensiunea arterială 100/75; numărul hematiilor: 3.800.000; numărul leucocitelor 16.200. Leziunea craniului este tratată „lege artis”. În afară de comotia cerebrală evidentă, se suspectează și o ruptură de ficat, dar țînînd seama de simptome am adoptat și în cazul de față o atitudine de expectativă. Starea bolnavului s-a ameliorat foarte repede. În a șasea zi după internare el părăsește clinica vindecat.

Obs. 4. K. K., instalator de gaz în vîrstă de 29 de ani, este internat în serviciul nostru în stare de inconștiență la 2 ore după accident. Persoanele care-l însoțesc spun că pe capul instalatorului a căzut un tub metalic. De la accident, bolnavul nu și-a revenit. În timp ce era transportat, i-a curs din gură o spuma sanguinolentă. Se constată o stare de șoc decompensat, gravă. În regiunea parieto-occipitală stînga se observă o piagă lungă de 3—4 cm și largă de 2 cm din care se evacuează fragmente de creier amestecate cu sînge. În treimea superioară a umărului stîng și în partea mijlocie a gâtului, găsim o mobilitate patologică. Abdomenul este sub nivelul toracelui, fiind consistent la palpate, dar fără o apărare musculară accentuată. Pulsul radial nu este

palpabil, la carotida are 100 de batai pe minut, foarte superficial. Numarul respiratiilor: 24 pe minut. Urina obtinuta prin sonda este clara. Numarul hematiilor: 3.500.000; hemoglobina 72%; numarul leucocitelor 21.000. Păreră neuro-chirurgului este ca bolnavul sa fie menținut și tratat în continuare în serviciul de chirurgie. Diagnostic: fractura bazei craniului și contuzie cerebrală. În ciuda tratamentului pentru combaterea șocului, starea generală a bolnavului se înrăutățește mereu pînă a doua zi, cînd survine moartea. Examenul anatomo-patologic a confirmat diagnosticul clinic. Din partea organelor abdominale nu s-a găsit nimic patologic. (Proces-verbal nr. 54/1959).

Obs. J. D. M. soră medicală în vîrstă de 62 de ani este internată în Clinica noastră cu diagnosticul de comoție cerebrală și ruptura hepatică. Bolnava a fost lovită de un vehicul auto. Prezintă tulburări senzoriale și nu-și amintește de împrejurările în care s-a produs accidentul. În regiunea occipitală se observă un hematom de mărimea unui ou de găina. Abdomenul este țeapăn, iar în lipocondriul stîng se constată apărarea musculară. Pulsul: 120 pe minut; tensiunea arterială: 90/50; numarul hematiilor: 2.800.000; numarul leucocitelor: 24.600. La examenul radioscopic al abdomenului gol nu se observa nimic patologic. Nu am putut stabili în mod cert dacă pe lîngă grava comoție nu ne găsim și în fața unei rupturi de splină în două etape. Cu toate că intervenția chirurgicală părea destul de justificată, totuși, luînd în considerare tabloul general, am hotărît să instituiam un tratament conservator în cursul căruia starea bolnavei s-a ameliorat. A doua zi pulsul s-a normalizat, dar abdomenul a continuat să prezinte sensibilitate. Numarul hematiilor a ajuns la valoarea normală numai în a patra zi de tratament. Excluzîndu-se eventualitatea rupturii de splină, bolnava a părăsit clinica în a 12-a zi de internare în stare de amnezie post-comoțională.

Cazurile noastre confirmă observația potrivit căreia traumatismele craniene pot să imite simptomele de abdomen acut. Apărarea musculară apare aproape în toate cazurile. La aceasta se asociază și leucocitoză. Apărarea musculară se localizează pe un anumit teritoriu al abdomenului și după un timp relativ scurt cedează.

În legătură cu mecanismul pe baza căruia se produce apărarea musculară în traumatismele craniene nu există o părere unanim acceptată, dat fiind faptul că chiar și apărarea musculară de origine peritoneală nu este încă elucidată (ipoteza visceromotorică a lui Ross și Mackenzie și cea viscerosenzorială a lui Morlev, (17, 15). Probabil că în cazurile de apărare musculară, survenite ca urmare a traumatismelor craniene, punctul de plecare a reflexelor nu se află în teritoriul peritoneului, și că, deci, în astfel de cazuri se poate presupune că apărarea musculară este de origine centrală.

Mai ușor de explicat este leucocitoza ce apare în cursul traumatismelor craniene. Completînd cercetările lui Botkin (8), Astahov (2), Stepanov (20), Gubergritz (8) și Istamonova (10) au arătat că tabloul sanguin periferic este reglementat de central localizat în jurul ventricolului cerebral III.

Alperin (1) a descris o leucocitoză survenită după ventriculografie. Rozenov (19) a provocat leucocitoză la iepuri, după înțeparea nucleilor striați ai talamusului și hipotalamusului. În timpul marelui război de apărare a patriei Beier (3) și Riuzkin (16) au observat după o jumătate de oră sau o oră de la producerea traumatismelor craniene închise o leucocitoză neutrofilă pronunțată, o dată cu deplasarea spre stînga a tabloului sanguin. Și în cazurile noastre numarul hematiilor a prezentat valori mari. Acest fapt a fost provocat evident de traumatism. Numarul leucocitelor se normalizează în a 3-a, 4-a zi după accident.

Rezultă prin urmare, că în cazuri de traumatisme craniene și abdominale concomitente, pentru stabilirea leziunilor intraabdominale nu este concludent nici numarul leucocitelor, nici vărsăturile, nici apărarea musculară, dat fiind că apariția acestor simptome poate să fie și o consecință a traumatismului cranian. În condițiile amintite mai sus, stabilirea diagnosticului în cazurile de abdomen acut poate întîmpina greutăți deosebite. În astfel de cazuri, factorul hotărîtor îl constituie efectuarea unor examinări cît mai aprofundate și observația permanentă a bolnav-

vuiui. Trebuie să acordăm o atenție mai mare celorlalte simptome ale traumate-
melor abdominale pentru ca astfel să putem stabili la timp prezența eventuală a
unui proces abdominal primar, și a institui în consecință tratamentul indicat.

Sosit la redacție: 23 ianuarie 1962.

Bibliografie

1. ALPERIN P. W.: cit. Beier; 2. ASTAHOV S. N., AVRUTIUS M. G.: Sov. vracn gaz. (1935), 9, 722; 3. BEIER V. A.: Klin. med. (1950), 9, 45; 4. BEST C. H., TAYLOR N. B.: Bazele fiziologice ale practicii medicale, Ed. de Stat, București (1958), Cap. 11.
5. BLINOV N. I.: Vestnik Kirurgii (1960), 9, 110; 6. BOTKIN S. P.: „Klinikai előadások” 2, Moszkva (1890); 7. Chirurgia, III, Ed. Med. București (1956); 8. GUBERGRITZ A. L.: A leukopoezis vegetativ szabályozása. Kiev (1941); 9. Hoff Med. Welt (1938), 117; 10. ISTAMANOVA T. S.: Klin. med. (1939), 8, 57; 11. KESSLER V. I.: Vestnik Kirurgii (1960) 5, 39; 12. KUROMSKI I. A., TURMAN V. G.: Hirurgia (1958), 7, 499; 13. LO BACEV S. V., VINOGRADOVA D. I.: Vestnik Kirurgii (1960), 5, 32; 14. MINC I. I., FUCS E. W.: Soh. psiko neur. (1917), 3, 95; 15. WORLEY cit. Best-Taylor; 16. RIAJKIN G. A.: A periferiás vérkép és a gerincvelő elváltozásai koponya- és agysérülteken. Teza Len. (1950); 17. ROSS-MECKENZY: cit. Best-Taylor; 18. ROUSSY C., MOSINGER M.: Traité de neuro-endocrinologie, Paris, Masson (1946); 19. ROZENOW: Dtsch. med. Wschr. (1928), 33, 1939; 20. STIEPANOV P. N.: Neuropat. i psih. (1947), VI, 8, 65; 21. VEIL W., STURM A.: Die Pathologie des Stammhirns, Jena (1942);