

RUPTURA DE SPLINĂ, IMITÎND SIMPTOMATOLOGIA APENDICITEI ACUTE

N. Csiky, F. Nagy, A. Aberle, Șt. Szőcs

Ruptura traumatică a splinei în doi timpi și așa zisă „ruptură spontană” a splinei ridică uneori multe dificultăți de diagnostic. Aceste dificultăți sînt ilustrate și de cazul nostru.

Bolnavul N. M., de 18 ani, este internat la 19 III. 1965, cu dg. de apendicită acută. În copilărie a fost tratat de cardită reumatică. Este bolnav de o zi, cu debut brusc, acuzînd dureri epigastrice și grețuri. După 1—2 ore apar vomismente bilioase repetate. Zilnic are scaun, nu acuză tulburări urinare.

La examenul obiectiv: normostenic cu stare generală slăbită. Tegumente și mucoase normale colorate. Discret facies mitralis. Din partea aparatului locomotor și respirator nu observăm nimic patologic. Ganglionii limfatici nu se palpează. Socul apexian se palpează în spațiul i.c.V, în linia medioclaviculară. La palpare se constată freacă sistolică. Aria matității relativ ușor mărită spre stînga. Zgomote cardiace ritmice, suflu sistolic deasupra vîrfului, iar zgomotul II deasupra focarului pulmonar accentuat. Puls: 82/1', ritmic bine bătut. Din partea organelor digestive nu se observă nimic patologic în afară regiunii cecale. Splina nu se palpează. Lojile renale libere, urina normală. Apărare musculară nu se constată, însă fosa iliacă dreaptă este sensibilă la palpare. Semnele indirecte — Blumberg și Row-sing pozitive.

Examinări complementare: T = 37,1°C; ttg. torace: imagine corespunzătoare vîrstei; abdomen pe gol negativ; L = 12.000; urina: negativă; T.S.: 1'15"; T.C.: 4'15". Pe baza simptomelor (dureri abdominale, vomismente repetate, subfebrilitate, stare generală slăbită, leucocitoză — 12.000 —, semnele Blumberg și Rowsing pozitive) se pune diagnosticul de apendicită acută și pregătim bolnavul pentru apendicectomie. Intervenția începe în anestezie locală. După deschiderea peritoneului se elimină din cavitatea abdominală o cantitate masivă de sînge. Regiunea ceco-apendiculară este intactă. Închidem cavitatea abdominală, determinăm grupa sanguină și executăm intubație oro-traheală. Între timp îl întrebăm din nou dacă n-a suferit un traumatism în ultima vreme, întrebare la care bolnavul neagă. Executăm laparotomia mediană pe care o prelungim spre stînga pînă la coasta a IX-a. Pe marea curbură a stomacului observăm o sufuziune; treimea stîngă a colonului transvers, precum și colonul descendent pînă la sigma, sînt înconjurate de un hematom subseros. Acest hematom se continuă și în mezocolonul transvers. Pe facies colica lienis constatăm o lipsă de continuitate cu mărirea de 5 cm, acoperită cu chiaguri de sînge. Executăm splenectomie. Substituim sîngele pierdut, în total 2500 ml. Bolnavul părăsește clinica vindecat a 10-a zi după intervenție. Examenul histopatologic: splina cu structură păstrată (86.667/1965). Bolnavul se prezintă la control după o lună și după un an. După interogatorii repetate afirmă că, cu o săptămînă înaintea începutului bolii, s-a lovit în flancul stîng de teigheaua la care lucra. În ziua aceea s-a simțit rău dar în următoarele 6 zile s-a simțit bine și a lucrat.

Discuții: dacă reconstituim evoluția procesului, putem constata următoarele: 1. Dg. este ruptura traumatică a splinei în doi timpi, la care bolnavul a subapreciat traumatismul. *Zuckermann, Jacobi, Brines* și mai recent *Bancu, Csizér* menționează cazuri de ruptură spontană a splinei sănătoase. *E. D. Palmer* atrage însă atenția că trebuie să fim sceptici față de acest diagnostic. Acest fapt ne-a determinat și pe noi să repetăm interogatoriul bolnavului.

2. Datorită faptului că soluția de continuitate a fost situată pe facies colica, hemoragia a continuat spre subseroasa colonului transvers și descendent și nu

spre cavitatea abdominală. Dat fiind că hematumul a cuprins și punctul lui Cannon-Böhm, durerea iradia spre regiunea cecală.

3. A doua ruptură a fost de natura iatrogenă. Presupunem că a fost declanșată în timpul demonstrării semnului Rowsing.

4. Intervalul asimptomatic durează în mod variabil de la 48 ore pînă la 3 săptămîni sau chiar 61 zile (McIndoe, Zabinski, Johnson). În cazul nostru durata a fost de 6 zile.

Concluzii

Considerăm cazul interesant pentru a fi comunicat din următoarele motive: 1. atrage atenția asupra faptului că trebuie să fim precauți față de diagnosticul de ruptură spontană a splinei. 2. La stabilirea diagnosticului de 2 ori ne-a indus în eroare: o dată în direcția apendicitei acute, a doua oară spre ruptura spontană a splinei.

Sosit la redacție: 21 ianuarie 1967.

Bibliografie

1. McINDOE A. H.: Brit. J. Surg. (1932), 20, 249; 2. PALMER E. D.: Clinical Gastroenterology. Parper and Row. (1963), 657; 3. BANCU E., CSIZÉR Z.: Chirurgia (1965), 5, 455; 4. ZAKINSKI E. J., HARKINS H. N.: Arch. Surg. Chicago (1943); 5. JOHNSON A. E.: Brit. J. Surg. (1962), 50, 231; 6. EMBREY M. P., PAINTER N. S.: Brit. J. Surg. (1962), 49, 575; 7. LAZÁR D.: A hasüreg sebészeti diagnosztikája. Medicina. Budapest, 1964; 8. KELEMEN E.: Physical diagnosis of acute abdominal disease and injuries. Akadémiai kiadó. Budapest 1964.

