

## CONSIDERAȚII PE MARGINEA A 4 CAZURI DE HERNII OBTURATORII OPERATE

Pop D. Popa I., E. Bancu, I. Gálffy, S. Galatir

Herniile obturatorii se întâlnesc rar în practica chirurgicală. Primul caz publicat în literatură aparține lui *Arnaud de Rosnil* (1724). *Parnworth* a adunat din toată literatura între anii 1926—1946, abea 7 cazuri. Până în 1958—1959, în literatura chirurgicală română au fost publicate 3 cazuri de hernie obturatorie (*Bu sulenga, Andreoiu, Szombathelyi—Gálffy*).

Frecvența afecțiunii prezintă variații mari de la autor la autor. *Corner* și *Huggins* de pildă, susțin că herniile obturatorii reprezintă 5 la mie din totalul herniilor, în timp ce după *Berger*, proporția ar fi de 1/10.000.

Considerată ca o hernie de slăbiciune ce apare mai ales la femei, hernia obturatorie coexistă cu alte hernii sau alte malformații osoase (*Lortat, Jacob, Rey*), fiind o entitate clinică de mult cunoscută și prezentind material de cercetare pentru numeroși autori: *Bonnet* (1926), *Cottalorda* și *Escarras* (1936), *Paju* (1943), *Giovani Ninjo* (1960).

În traectul lor, herniile obturatorii folosesc canalul obturator sau subpubian. Acesta este un conduct osteofibros, lung de 2—3 cm, oblic în jos înainte și înăuntru, făcând să comunice cavitatea pelviană cu fața antero-internă a coapsei. Pe cadranul osos al găurii obturatorii se inseră o membrană fibroasă — membrana obturatoare internă. La acest nivel mai există o membrană obturatorie externă (bandeleta subpubiană), care se inseră prin marginea ei inferioară pe membrana obturatorie internă, având marginea superioară liberă. Acest dispozitiv membranos este tapetat de mușchiul obturator intern

pe fața pelviană și de cel extern pe fața crurală. Pe o secțiune sagitală, canalul obturator ia o formă triunghiulară, cu o bază superioară, corespunzând strășinei osoase, un vîrf inferior, corespunzînd coalescenței membranelor obturatorii, un perete anterior, răs-punzînd membranei obturatorii externe și unul posterior format de membrana obtura-torie internă și mușchii obturator intern. Canalul subpubian este străbătut în toată lungimea sa de pachetul vasculo-nervos obturator.

Rochard a descris trei tipuri de hernii obturatorii:

1. hernia interstițială, care rămîne angajată în canalul subpubian;
2. hernia retropectineală, care părăsește canalul prin orificiul anterior sau mai jos prin interstițiul celor două fascicule ale mușchiului obturator extern;
3. hernia antepectineală, care pătrunde între pectineu și adductorul mijlociu și apare sub fascia lata, sau chiar o traversează. Colul sacului se găsește la orifi-ciul pelvian al canalului, fiind în raporturi foarte strînse cu pachetul vasculo-ner-vos. Sacul conține de obicei intestin subțire (în cazuri extrem de rare alte or-gane). Diagnosticul herniei obturatorii se face de regulă atunci cînd boala este complicată de strangulare și se trădează prin fenomene de ocizie intestinală.

În statistica Clinicii chirurgicale I din Cluj ce se extinde pe 28 de ani, se găsesc 2 hernii obturatorii la 6526 diverse tipuri de herniotomii, ceea ce repre-zintă un procent de 0.03%.

Intr-unul din aceste cazuri, fenomenele peritoneale avansate erau pe pri-mul plan.

Bolnavul M. N. de 43 ani, agricultor, se internează la 18 VII, 1937 cu antecedente ocuzive de 4 zile. Se intervine de urgență cu dg. clinic de ocizie intestinală, peritonită generalizată. Se practică laparotomie mediană. Peritonită gravă, necroză de ansă. Deces imediat postoperator.

Uneori afecțiunea complicată cu ocuzie pune probleme dificile de diagnostic, mai cu seamă la bătrîni, unde tabloul clinic poate fi greșit considerat o apendicită pseudocclusivă, cînd încarcerarea se află pe partea dreaptă. Demonstrativ în acest sens este unul din cazurile noastre.

Bolnavul V. G., de 69 ani, se internează în Clinica I. chirurgicaia din Cluj în ziua de 17 II, 1962, cu dg. de abdomen acut-ocuzie intestinală, fiind adus de serviciul salvării la 24 ore de la debutul bolii, caracterizat prin dureri difuze abdominale, predominant în fosa iliacă dreapta, suprimarea tranzitului, grețuri, vărsături, alterarea stării generale. Din antecedente atrage atenția o hernie inghinală operată și recidivată. La examenul obiectiv: sindromi cardio-pulmonar compensat. T. A. 185/115. Pulsul 84. Abdomen meteoristic, dureros la palparea fosei iliac drepte. Semnul Javorski-Lapinski slab pozitiv, Rowsing-Vocresenski negativ. Rtg. abdominal: aerocolie intensă fără nivel de lichid. Tușeu rectal negativ. Ex. de laborator: Urina A, P, Z neg., Ubg. ++, leucocite 14.200, apoi 18.200; Glicemia: 140 mg%; Azotemia: 60 mg%. În urma coroborării datelor clinice cu cele de laborator se pune diagnosticul prezumtiv de apendicită forma pseudocclusivă și se hotărăște observarea bolnavului, și repaus la pat cu pungă de gheață. În ziua de 18 II, 1962, la 32 ore de la debut, se constata alterarea stării generale a bolnavului: febră, pulsul mai slab bătut. Examenul local arată un abdomen meteoristic, sensibil în fosa iliacă dr., unde palparea este dificilă. Semnul Scetelun-Blumberg pozitiv, semnul rezonatorului Mandel pozitiv. Se hotărăște să se intervină chirurgical cu suspiciunea de apendicită acută perforată. Peritoneul este injectat, dar apendicele este sănătos. Se observă la mărirea inciziei cum o ansă iliacă pătrunde în canalul obturator-mic și strîmt. Se execută o chelotonie dificilă din cauza raporturilor vasculare de la acest nivel. Ansa este necrozată și perforată. Rezecăm ansa compromisă și refacem continuitatea prin anastomoză-laterală. Hernia este de tip interstițial (dupa Rochard). Se decolează peritoneul parietal pînă la colul sacului, trecîndu-se două fire de ață între periostul ramurei pubiene drepte și mușchii obturator intern. Se suturează pe cale abdominală orificiul intern al sacului. Pe cale extraperitoneală se

execută o incizie pe colet, dispunând în el un tub de drenaj. Bolnavul părăsește clinica în 18 zile vindecat.

Discuția faptelor ridicate de cazul amintit, de la diagnostic la rezolvare, a readus și pentru noi formula clasică a lui *Krönlein*: „hernia obturatorie necomplicată este rar diagnosticabilă, iar cea strangulată puțin certă ca diagnostic“. În cazul nostru ceea ce ne-a lăcut să intervenim a fost sindromul peritoneal și semnele de ocluzie intestinală. Semnele clasice pe baza cărora se pune diagnosticul au fost absente (durere pe traiectul nervului obturator, prezența tumorii în triunghiul lui Scarpa, semnul lui Romberg — poziția membrului în flexiune și rotația externă, impotența adducției piciorului homolateral). De aici se poate trage concluzia că diagnosticul preoperator este cu totul excepțional. Elocvent în această privință este și următorul caz:

Bolnavul S. M., de 48 de ani, se internează la 14 X, 1953, cu dureri abdominale ce survin brusc în urma unui efort și apar ritmic sub formă de crampe, fiind însoțite de vărsături, oprirea transiului și balonare. Bolnavul acuză o durere vie și în regiunea inferioară a coapsei, ce se extinde spre scrot. Acesta era simptomul cel mai de seamă pe care-l amintea bolnavul, dar nu-l înfățișa cu totul bizar. În fața tabloului de ocluzie intestinală și neputându-ne explica durerea din regiunea coapsei (care de fapt era o nevralgie obturatorie), am intervenit de urgență prin laparotomie. În regiunea inferioară a cavității peritoneale constatăm o ansă ileală care pătrunde într-un diverticol peritoneal, de forma unui deget de mână, ce descinde spre canalul obturator. Reașim să reducem cu ușurință ansa ileală viabilă și atunci constatăm lungimea sacului herniar (3—4 cm). Suturăm marginile indurate ale coletului sacului și reținem planurile. Evoluție postoperatorie fără complicații.

Deosebit de rar se întâlnesc hernii obturatorii bilaterale. Diagnosticul acestora se stabilește de obicei cu ocazia încarcerării uneia dintre ele. Noi am întâlnit un caz în care un bolnav a fost operat pentru o hernie obturatorie încarcerată și apoi, reinternându-se, am constatat o hernie obturatorie pe partea opusă.

Bolnavul N. K., de 59 ani se internează în serviciul de urgență al Clinicii chirurgicale la 24 X, 1958 cu diagnosticul de ocluzie intestinală. Cu 4 zile înainte de internare prezenta brusc crampe abdominale însoțite de oprirea pasajului. Abdomenul devine tot mai balonat, cu senine de ocluzie tardivă. Aspectul bolnavului trădează o mare suferință. T. A. 100/70, Pulsul 120, slab, depresibil. Abdomen balonat, destins, la percție timpanism, la palpate sensibilitate difuză predominant periumbilical. Radioscopia abdominală arată mai multe umbre hidro-aerice în regiunea ileocecală. Laborator: leucocite 12.500, urina neg. Tușeți recal negativ. După ce facem pregătirea preoperatorie intervenim prin laparotomie mediană inferioară. La examinarea cavității peritoneale constatăm că ultima ansă iliacă coboară spre micul bazin și dispare în canalul obturator dr. Ansele aeriene și elerente de culoare verzine sînt acoperite de membrane gris-gălbui. Cu prudență, pentru a nu perfora intestinul, eliberăm ansa și după resecția a 10 cm de ileon necrotic reținem continuitatea termino-terminal. La trei zile se reia pasajul și în ziua de 13 XI, bolnavul părăsește serviciul cu plaga vindecată. La 2 XII, 1958 se reinternează tot pentru fenomene ocluzive. Evoluția postoperatorie a fost bună pînă în ultimele zile, cînd apar dureri abdominale și tulburări de transit. Reintervenim de urgență și constatăm pe intestinul subțire un volvulus, după înlăturarea cărnii pasajul se restabilește timpuriu. Postoperator bolnavul slăbește progresiv. În ziua a 6-a în triunghiul lui Scarpa de partea stîngă apare o rezistență de mărimea unui pumn, nedureroasă, elastică, depresibilă, perfect reductibilă cu gargarisme. Punem problema unei hernii obturatorii st. necomplicate. Starea generală a bolnavului însă se înrăutățește progresiv și în ciuda tratamentelor instituite, decedează în cașexie și fenomene cardio-vasculare. Necropsia adevărește hernia obturatorie st. necomplicată cu ansă reductibilă perfect viabilă fără alterații caracteristice.

Din punct de vedere al tratamentului, herniile obturatorii ridică greutatea tehnice, datorită atât sediului adînc și dificultății de a efectua o plastie judicioasă, cît și raporturilor anatomice existente. În prezența diagnosticului, calea de acces este ușor de ales. În caz de strangulare, se impune abordarea pe cale abdominală căreia i se poate asocia și calea crurală. Prin laparotomie se rezolvă complicațiile peritoneale, iar calea crurală permite rezolvarea propriu-zisă a herniei.

Dacă traiectul herniar trebuie să fie închis sau nu, părerile sînt împărțite. Unii consideră închiderea inutilă (*Cottalorda și Esscares*), pe cînd alții — bazați pe frecvența recidivelor (25%), o consideră necesară. Ca tehnici se cunosc: sutura mușchilor obturatorii la periostul pubelui, plastii osteo-periostice, sau plastii musculare cu pactineul, cu adductorul mijlociu (*Kalli și Paya*). *Pettinari* folosește un fascicol pediculat din mușchiul oblic mare, cu care suturează orificiul herniar pe jos. *Kirschner* folosește fascia lata.

### Concluzii

1. Herniile obturatorii sînt incidente chirurgicale deosebit de rare.
2. Diagnosticul acestor hernii continuă să rămînă excepțional.
3. Ocluzia intestinală este sindromul care relevă de cele mai multe ori prezența herniilor obturatorii, iar, în faze mai avansate, peritonita.
4. Indiferent de tehnica folosită, reușita tratamentului depinde mai cu seamă de momentul operator al fenomenelor de abdomen acut cu care se prezintă bolnavul.

*Sosit la redacție: 18 aprilie 1963.*