

CV 1264

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FAÇULTATEA DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE

No. 350

APENDICITĂ HERNIARĂ.

TEZĂ

PENTRU DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ŞI SUSTINUTĂ IN ZIUA DE 1 ~~1927~~ 30 Iunie 1927.

DE
OVIDIU CARDAŞ.

1 9 2 7

TIPOGRAFIA „CORVIN”
CLUJ, STRADA NICOLAE IORGA No. 17.



* 4 4 0 0 0 3 0 9 0 *

Biblioteca UMFST

APENDICITĂ HERNIARĂ.

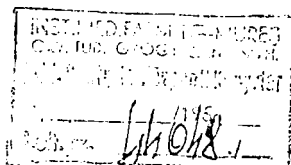
TEZĂ

PENTRU DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 1 IULIE 1927

DE

OVIDIU CARDAȘ.

24 MAY 2005



1927

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

Decan : D-nul Prof. Dr. TITU VASILIU

Profesori :

Patologia generală și experimentală	---	---	D-1 Dr. <i>Bo'ez A. M.</i>
Istologia și embriologia umană	---	---	" " <i>Drăgoiu I.</i>
Clinica infantilă	---	---	" " <i>Gane T.</i>
" ginecologică și obstetricală	---	---	" " <i>Grigoriu Cr.</i>
Istoria medicinei	---	---	" " <i>Gutart I.</i>
Clinica medicală	---	---	" " <i>Hațieganu I.</i>
" chirurgicală	}	---	" " <i>Iacobovici I.</i>
Medicina operatoare			
Farmacologia și farmacognozie	---	---	" " <i>Martinescu Gh.</i>
Clinica oftalmologică	---	---	" " <i>Michail D.</i>
" neurologică	---	---	" " <i>Minea I.</i>
Medicina legală	---	---	" " <i>Minovici N.</i>
Igienă și igienă socială	---	---	" " <i>Moldovan I.</i>
Radiologia medicală	---	---	" " <i>Negru D.</i>
Fiziologia umană	---	---	" " <i>Nițescu I. I.</i>
Farmacia chimică și galenică	---	---	" " <i>Pamfil Gh.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	---	---	" " <i>Papilian V.</i>
Clinica oto-rino-laringologică (agr.)	}	---	" " <i>Predescu-Rion I.</i>
Clinica stomatologică (supl.)			
Clinica dermato-venerică	---	---	" " <i>Tătaru C.</i>
Chimia biologică	---	---	" " <i>Thomas P.</i>
Clinica psihiatrică	---	---	" " <i>Urechia C.</i>
Anatomia patologică	---	---	" " <i>Vasiliiu T.</i>

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte : D-nul Prof. Dr. *I. Iacobovici*

Membrii : $\left\{ \begin{array}{l} \text{D-1 Prof. Dr. } \mathit{I. Hațieganu} \\ \text{" " " } \mathit{A. M. Botez} \\ \text{" " " } \mathit{V. Papilian} \\ \text{" " " } \mathit{T. Vasiliiu} \end{array} \right.$

Supleant : Docent Dr. *C. Veluda*

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a exprima nici aprobare, nici desaprobar.

MEMORIEI MAMEI MELE

TATĂLUI MEU
iubire și recunoștință



Surorilor și fratelui me, lui TUDOR
și ADRIANEI dragoste nemărginită



I. Istoric.

Chestiunea apendicitei herniare a fost foarte bine studiată în ultimii ani. Inșă autorii nu par a fi de acord asupra câtorva puncte, cu tot numărul important al apendicitelor herniare, care a oferit un material destul de bogat pentru acest studiu. Cauza etiologică dar mai ales mecanismul și modul de formare a herniilor cecale și apendiculare, încă nu sunt bine clarificate. Inainte de toate vom căuta să facem o distincțiune în ceiace privește hernia apendicelui și apendicita herniară.

In cursul unei cure radicale pentru o hernie, deseori găsim apendicele în sacul herniar și cu toate acestea nu putem vorbi de apendicită herniară. In general vorbim de apendicită herniară atunci, când apendicele singur ori cu alt organ întraabdominal (cec, ansă intestinală, epiplon) formează conținutul unui sac hernier și este sediul unor fenomene inflamatorii.

Primul care a descris apendicele într'un sac herniar a fost Sandifort pelá sfârșitul secolului al XVIII-lea. După aceasta urmează o serie întregă de studii și observațiuni făcute pe cadavre. In Italia Morgagni și elevii săi fac studii amănunțite asupra acestei chestiuni. La începutul secolului XIX Tritschler se ocupă cu herniile cecului și ale apendicelui. Apar după aceasta numeroase monografii, disertații, teze de doctorat cari au ca subiect hernia apendicelui. Prima lucrare sistematică și mai amănunțită, ilustrată cu o serie de 53 cazuri este cea a lui Klein din anul 1868. Numărul lucrărilor se inmul-

țește dela anul 1884 când Krönlein executând prima apendicectomie, atrage atenția asupra organului care joacă așa mare rol în chirurgia abdominală. Urmează apoi câțiva ani când chirurgia abdominală este în mod covârșitor preocupată de cheștiunea apendicitei. Cele mai multe dintre aceste lucrări se ocupă însă numai cu procesele inflamatorii ale apendicelui situat în poziția lui normală. În timpul din urmă apar mai multe lucrări, cari se ocupă și cu apendicita ce se petrece într'un sac herniar. Amintim lucrările mai mari și anume: Davies Colley 1884, Jackle 1888, Müller 1892, Hildebrand 1892, Rose 1893, Brieger 1893, Bayard 1895, Briaçon 1897, Barth și Tacke 1901, Honssel 1903, Sprengel 1904, Wassilyew 1904, Jaquemin 1905, Loguet 1906, Henry Fournal 1906, Barsickov 1910.

Afară de acestea apar o serie de monografii și comunicări la noi. Monografii: Iacobovici 1908, Poenaru Căplescu 1906, Jianu 1909. Teze de doctorat: Butoianu 1900 și Musceleanu 1909.

Înainte de a intra în tratarea acestei cheștiuni, î-mi fac o datorie de a aduce omagiile mele de respect și recunoștință D-lui Profesor I. Iacobovici, desăvârșitul clinician și chirurg, atât pentru onoarea ce-mi face prezidând lucrarea de față, cât și pentru cunoștințele pe care le-am câștigat la lecțiunile sale de clinică chirurgicală.

D-lor Profesori ai Facultății de medicină și juriului de promoție stima și devotamentul meu.

D-lui Doctor Ion Mureșanu din Clinica Chirurgicală din Cluj, viile mele mulțumiri pentru concursul și îndrumările ce mi le-a dat, în alcătuirea acestei lucrări.

Ministerului de Răsboiu și Institutului Sanitar militar respectuoase mulțumiri pentru ajutorul acordat, grație căruia am putut termina cariera pe care am ales-o.

Colegilor și prietenilor mei, expresiunea celor mai frumoase sentimente.

II. Anatomie.

Să vedem cum se explică hernia apendicelui, apoi vom căuta să stabilim dacă discolarea acestui organ, are vre'un rol în patogenia apendicitei herniare.

După Hildebrand deosebim două mari categorii de hernii: ale cecului și ale apendicelui.

I. Datorite unei anomalii congenitale.

II. Câștigate.

În prima grupă vom avea două subdiviziuni:

1. Cazuri la cari în timpul nașterii există un sac herniar, format și potrivit pentru primirea în interiorul lui a unei anse intestinale sau a cecului și apendicelui.

2. Cazuri în cari cecul în urma unor anomalii congenitale din partea peritoneului care-l acopere, din partea ligamentelor, ori a mezocecului, este predispus să se așeze într'un sac herniar, indiferent dacă acest sac a existat sau nu în timpul nașterii.

Din punct de vedere anatomic, deosebim după Froehlich trei soiuri de hernii inghinale a-le cecului:

1. Hernia intraperitoneală,

2. Hernia juxtaperitoneală,

3. Hernia extraperitoneală.

La prima cecul este în sac; la a doua este înafară lui, dar în raport intim cu peretele sacului pe care-l împinge înăuntru formând un relief; la a treia cecul este și din punct de vedere chirurgical înafara sacului.

După Jacobson forma a 2-a și 3-a este consecutivă unei hernii congenitale și o explică prin alu-

necarea cecului în țesutul celular retroperitoneal până la sacul herniar. Alții o pun în legătură cu existența aderențelor dintre apendice și testicol cel din urmă în descinderea lui, tragând cu sine și apendicele.

În ce privește grupa primă autorii sunt de acord. Ea se explică prin lungimea mare a apendicelui, și în cazuri și mai frecvente prin cecul mobil.

Pentru a ne forma o idee asupra frecvenței herniilor apendiculare amintim că Fantino din 3730 hernii inghinale în 18 cazuri a găsit apendicele în sac herniar. Hill găsește apendicele în sac herniar într-o proporție de $\frac{1}{5}\%$ din totalul herniilor. Această dispoziție este mai frecventă la copii, unde Schilowitzew o găsește la 33 din 161 cazuri.

Wassiljew din 106 cazuri operate pentru hernie inghinală la 3 a găsit apendicele în sac.

În medie hernia apendicelui se găsește într-o proporție de 2—3%.

Dacă apendicele se găsește mai des în hernii inghinale drepte, nu mai puțin este adevărat, că-l putem găsi și în hernii inghinale stângi. Din 63 cazuri adunate de Wassiliew în 5 cazuri apendicele s'a găsit într-o hernie inghinală stângă, deci în proporție de 8%.

După o statistică a lui Brieger ce cuprinde 35 cazuri, apendicele s'a găsit în 19 cazuri în hernie inghinală dreaptă, odată în hernie inghinală stângă și de 15 ori în hernie crurală.

Existența apendicelui în sac herniar, îl predis-pune pentru infecțiune, îi dă o morbiditate mai mărită predispunându-l pentru alterațiuni cronice.

III. Anatomia patologică.

În general și aicea avem aceleași procese anatomo-patologice ca la o apendicită intraabdominală. În cursul evoluției sunt totuși câteva particularități

datorite condițiilor locale în cari se găsește un apendice conținut în sac herniar.

Procesul poate rămâne localizat numai la mucoasă. După gradul de virulență și calitatea bacteriilor poate lua un caracter purulent. Când procesul ulcerativ interesează toate straturile, el duce la perforație.

Procesul inflamator nici aici nu se limitează numai la apendice. El se întinde și asupra peritoneului ce învește organele cari se află încă în sac, se extinde apoi la sacul herniar, ceace provoacă reacțiune și din partea straturilor cari acoperă sacul herniar.

Peritonita poate avea un caracter adheziv și duce la formarea de aderențe cari dela început imprimă caracterul unui bloc apendicular.

Peritonita generali zată o găsim în cazuri rare, căci situația apendicelui în sac herniar prezintă o excelentă predispoziție pentru localizarea procesului. În caz de hernii vechi există în multe cazuri aderențe, cari formează din conținutul sacului un conglomerat. Acesta este un al doilea moment determinant pentru localizarea inflamațiunii numai la sac.

Cordonul spermatic și testicolul sunt interesate mai rar. Se formează aderențe între sacul herniar de o parte, între cordon și testicol de altă parte. Alteori un proces proliferativ al acestor organe, poate fi luat drept o tumoră. Wassilyew notează ca o particularitate a apendicitelor herniare în caz de evoluție cronică, proliferarea abondentă a țesutului conjunctiv în jurul organului.

Formarea abceselor este destul de frecventă. În 26 cazuri din Statistica lui Wassilyew, existau abcese, dintre cari 6 se deschid spontan printr'o fistulă scrotală. Aceste abcese în majoritatea cazurilor sunt izolate de cavitatea abdominală prin aderențe.

Sunt descrise și flegmoane adevărate că o evoluție rapidă care duce la gangrena scrotului.

IV. Etiologie — Patogenie.

Vârsta joacă un rol important în geneza apendicitei herniare. Cele 52 cazuri din Statistica lui Wassilyew, unde vârsta a fost notată se repartizează în modul următor:

Până la	10 ani	---	---	11 cazuri
Dela	11—20	„	---	4 „
„	21—30	„	---	0 „
„	31—40	„	---	1 „
„	41—50	„	---	7 „
„	51—60	„	---	15 „
„	61—70	„	---	72 „
„	71—80	„	---	2 „

Deaci reiese că apendicita herniară este mai frecventă la cele două extreme ale vieții. Vârsta infantilă și cea senilă, prezintă cea mai mare predispoziție pentru apendicita herniară, cu predominanța anilor 51—60.

Este deci un fenomen cu totul opus față de ceiace observăm la apendicitele ce se petrec în care tatea abdominală, care tocmai la aceste vârste dau contingentul cel mai mic de îmbolnăviri.

Este deci natural să ne întrebăm căror împrejurări se datorește acest fenomen. Până în prezent suntem dispuși să credem, că frecvența apendicitei herniare la copii se explică prin numărul preponderant al herniilor la această etate. După o lucrare a lui Wernher intitulată „Contribuțiuni statistice în studiul herniilor“ și publicată în anul 1869, herniile se repartizează după vârstă în modul următor: dintr'un total de 34.788 hernii inghinale 1/7 o găsim la copii până la 1 an; de aici numărul descrește până la 10 ani ca din nou să urce și să ajungă maximul între etatea de 26—30 ani.

Sunt mai frecvente apendicitele herniare la aceasta vârstă, din cauza că însăși herniile inghinale sunt mai frecvente. Afară de aceasta în caz de hernii

congenitale, deseori se observă aderențe între polul superior al testicolului și vârful apendicelui. Un proces inflamator din viața intrauterină este incriminat în aceste cazuri, care poate să se deslănțue din nou, după ce apendicele a fost tras în sacul herniar.

În ce privește frecvența apendicitei herniare la bătrâni, Wassilyew o explică în modul următor:

Plecând dela faptul, că la acești indivizi a existat în cele mai multe cazuri hernie de câțiva ani, prezența îndelungată a apendicelui într'un sac herniar îi dă o morbiditate mai mare. Este cunoscut faptul că atunci când o ansă intestinală stă timp mai îndelungat într'un sac herniar, atât seroasa cât și mucoasa acestui segment, suferă modificări cari sunt condiționate de staza materiilor și de turburările circulatorii. Peritoneul se îngroașe, iar mucoasa prezintă semnele unei inflamații catarale.

Acelaș lucru se întâmplă și cu apendicele atunci când el se găsește timp mai îndelungat într'un sac herniar. Hiperemia de stază precum și stagnarea materiilor duc ușor la exacerbarea microbilor autochtoni. Instalată odată o inflamație catarală, ea poate evolua până la un proces ulcerativ și hipertrofic.

Care este cauza etiologică a apendicitei în sac herniar? În primul rând toate cauzele ce survin și la un apendice în situație normală. Aici ne interesează numai acele cari rezultă din situația ectopică a apendicelui. Este ușor de admis că dacă el se inbolnăvește atât de des în poziția lui normală, cu atât mai mult va fi expus proceselor inflamatorii într'un sac herniar, unde se găsește într'o situație mai nefavorabilă în ce privește nutriția, evacuarea și adăpostul față de traumatisme.

Apendicele într'un sac herniar este predispus la închiderea lumenului, fie prin unghiuri, fie prin corp strein. Odată formată cavitatea închisă, urmează exacerbarea virulenței micro-organismelor.

Traumatismul în apendicită abdominală nu joacă nici un rol. Apendicele din sacul herniar este ex-

pus traumatismelor fie violente, fie cronice (bandaj herniar). În acest caz traumatismul are același rol predispozant ca la alte inflamațiuni. Brünzlow într'un caz face o legătură directă între traumatismul asupra unei hernii inghino scrotale și inflamația consecutivă a apendicelui în sac.

V. Simptomatologie.

Apendicita herniară are un tablou clinic cu totul deosebit față de apendicita ce se petrece în poziția normală a apendicelui. Rareori debutează cu simptomele clasice ale unei colice apendiculare. *In general poate avea un mers acut sau cronic.*

Forma acută nu prezintă o simptomatologie atât de alarmantă ca apendicita ce se petrece în cavitatea abdominală, chiar în caz de perforație, având un mers mai lent. Rareori ajunge la dureri vii și vărsături, ceace este și explicabil dacă ne gândim că inflamația apendicelui în sac herniar, cu sau fără perforație, nu poate provoca aceleași procese morbide și o reacție atât de violentă ca în apendicita ce se petrece în cavitatea liberă peritoneală.

Aceasta din două motive:

1. Peritoneul sacului herniar împreună cu organele din el, cu timpul suferă o alterațiune cu caracterul inflamațiunilor cronice. Un astfel de peritoneu alterat nu poate reacționa în acelaș fel ca peritoneul abdominal normal.

2. Diferitele aderențe ce se formează în cursul apendicitei herniare localizează procesul numai la sac și împiedică inundarea peritoneului liber.

Acestea explică motivele pentru cari nici forma perforativă nici cea gangrenoasă nu este însoțită de simptome alarmante.

În caz când s'au observat reacțiuni violente, era vorba de hernii recente unde alterațiunile cro-

nice a-le sacului nu s'au putut realiza încă, păstrându-și peritoneul sensibilitatea deplină.

În majoritatea cazurilor are următorul mers: O hernie reductibilă înainte, devine dintr'odată ireductibilă, dureroasă și crește de volum. Tegumentele pot rămâne normale ori apar fenomenele inflamatorii, roșeața, edemațierea scrotului. Uneori apar vărsăturile în timp ce pasajul intestinal este foarte puțin modificat. Scaunul de cele mai multe ori este normal; în cazuri mai grave constipație până la ocluzie completă.

Temperatura puțin ridicată.

Durerile se localizează la sacul herniar, alteori iradiază la extremitatea inferioară și abdomen.

În acest stadiu de regulă se pune diagnosticul de hernie strangulată și bolnavii se operează. În caz contrar procesul poate să retrocedeze ori după felul și intensitatea procesului după un timp oarecare poate da un nou acces care duce la formarea unui flegmon sau abces, care se poate fistuliza spontan.

În cazuri cu mers mai lent se produce o proliferare conjunctivală în jurul apendicelui dând aspectul unei formațiuni tumorale în centrul căreia putem avea focare de abcese mici, cari regresează spontan, fără să ajungă la un abces mare. În astfel de cazuri simptomele caracteristice pentru apendicită lipsesc în tot cursul evoluției. Bolnavii consultă medicul pentru tumora herniară și în timpul operației se pune diagnosticul adevărat. Astfel un bolnav a lui Vassilyew declară, că n'a simțit niciodată vre'o durere în abdomen ori în sacul herniar și consultă medicul numai pentru că a observat apariția unei tumori în sac care nu mai dispăre.

În cazurile cu evoluție cronică dacă nu se produce o proliferare conjunctivală prea abondantă, se poate simți în sacul herniar apendicele îngroșat ca un cordon ce se întinde dela orificiul canalului inghinal, de-alungul cordonului până în bursă.

VI. Diagnostic.

Diagnosticul apendicitei herniare este aproape imposibil. Înainte de operație s'a făcut în foarte puține cazuri. Se amintesc cazuri unde chiar în timpul operației nu s'a putut precizia natura procesului, ci numai după examenul histologic al tumorii extirpate sau la necropsie s'a descoperit că era vorba de apendicită herniară. Această greutate se datorește în primul rând simptomelor nespecifice, în al doilea rând faptului, că afecțiunea nu este cunoscută în deajuns. Diagnosticul s'ar putea face în mai multe cazuri, dacă ne-am gândi la posibilitatea existenței unui asemenea proces.

Vassilyew amintește, că din 62 cazuri de apendicită herniară adunate de el, diagnosticul înainte de operație, a fost făcut numai în două cazuri. În ambele cazuri existau fistule scrotale. Într'unul din cazuri prin fistulă se eliminau concremente stercorale, cece a făcut să se bănuiască o apendicită perforată. În al doilea caz, după re poziția elementelor din sacul herniar, a rămas în urmă, un cordon gros, care se întindea dela fistulă și mergea în sus. Acest cordon s'a luat drept un apendice îngroșat, fapt care s'a confirmat prin intervenție.

1. Când în sacul herniar, s'a format un abces apendicular, care a dus la fistulizare, trebuie să facem diagnosticul diferențial cu un hidrocel supurat. În acest caz însă, anamneza ne poate da indicii prețioase. În caz de hidrocel, cu mult timp înainte, a existat o tumoră elastică, ireductibilă care nu cauza pacientului nici o jenă. La abcesul apendicular evoluția este mai rapidă și dela început cu simptome cari atrag atenția bolnavului: durere, temperatură, turburări intestinale.

2. Când s'a format o fistulă scrotală, trebuie să facem diagnosticul cu tuberculoză testiculară fistulizată. În acest caz trebuie să fim seama că apendicele, în sacul

herniar, coboară numai până la polul superior al testicolului și fistula se formează la acest nivel pe fața anterioară a scrotului. Din contra, fistulele tuberculoase, cari de obicei pornesc dela epididim, vor fi localizate pe fața posterioară a scrotului și aproape de polul inferior al testicolului. Afară de acestea lipsește temperatura și epididimul este nemodificat în fistule de natură apendiculară.

Apendicitele herniare cu evoluție acută, în mod obișnuit se confundă cu o hernie strangulată. Din 62 cazuri ale lui Vassilyew, în 22 s'a pus acest diagnostic, iar Barsjckow amintește că din 44 cazuri adunate de el, în 13 s'a făcut această eroare de diagnostic. Greșala se explică ușor dacă ținem cont că strangularea apendicelui dă de obicei aceleași simptome ca inflamația apendicelui în sacul herniar. Sprengel spune, că instalarea bruscă și intensitatea mare a simptomelor clinice, durerea și tensiunea la nivelul unui sac herniar preexistent ne face să ne gândim în primul rând la o strangulare (hernie incarcerată). Confuziunea este cu atât mai ușor de făcut, cu cât suntem chemați mai târziu. Într'un stadiu mai înaintat, o strangulare care se complică cu gangrenă intestinală și simptome peritoneale, ne dă acelaș tablou morbid ca o peritonită post-apendiculară.

La început diagnosticul diferențial este mai ușor. Urmărind evoluția, putem face un diagnostic mai verosimil, bazați pe următoarele constatări :

a) La o incarcere, dela început se instalează fenomenele de ocluzie intestinală și numai într'un stadiu mai înaintat urmează cele inflamatorii (gangrenă intestinală, peritonită).

b) Apendicita din contra, începe cu fenomene inflamatorii, la cari mai târziu se atașează simptome de parază și paralizie intestinală cu ocluzie completă. Simptome inflamatorii prea accentuate într'un stadiu în care ele lipsesc încă la incarcere, trebuie să ne facă să bănuim, o apendicită herniară.

După Schemmel trebuie să ne gândim la apendicită herniară întotdeauna când într'o hernie inghinală sau crurală dreaptă, în mod brusc, apar fenomene de incarcere, tumora dintr'odată devine foarte dureroasă și apar fenomene inflamatorii, stare febrilă dela început, în timp ce pasajul intestinal este foarte puțin deranjat sau numai în mod trecător. Dacă a trecut mai mult timp dela debutul boalei, este aproape imposibil a face o distincție între o hernie strangulată cu necroză intestinală, o apendicită, sau incarcerea apendicelui urmată în mod secundar de fenomene inflamatorii.

Koerber susține, că numai pe baza considerațiilor anatomice nu se poate clarifica diagnosticul. Numai din simptomatologia clinică nu putem ști dacă este vorba de o apendicită herniară primară, sau din contra de o hernie strangulată cu simptome inflamatorii secundare.

Apariția bruscă a unei tumori herniare, încă nu pledează pentru strangulare. Pe de altă parte absența simptomelor peritoneale nu exclude o apendicită herniară.

Prezența sau lipsa simptomelor de ocluzie intestinală dat fiind raporturile anatomice și fiziologice speciale ale apendicelui din sacul herniar, nu este un semn sigur pentru punerea unui diagnostic diferențial înainte de operație.

Honsell arată că o simplă contuzie a peretelui intestinal, adică o iritație nervoasă intensă, este suficientă pentru a provoca cele mai grave fenomene de strangulare. Este ușor de înțeles că o astfel de iritație poate pleca atât dela o strangulare, cât și dela o imflamație a apendicelui din sacul herniar.

Pentru a stabili în cursul intervenției dacă este vorba de o apendicită primară, sau învers de o strangulare a apendicelui, numai aspectul anatomopatologic a organului o poate preciza. Dacă predomină semnele de imflamație în aspectul anatomopatologic, adică există exudat în lumenul apendicelui,

puroiu în sacul herniar, sau avem aspectul tipic a gangrenei apendicelui, adică o colorație brună-gălbue, iar de altă parte lipsește inelul de strangulare, vom vorbi de o apendicită primară. Din potrivă când avem un inel de strangulare evident, cu porțiunea centrală a apendicelui nealterată și există o stază venoasă pronunțată (gangrena apendicelui este de colorație gris-negricioasă) și avem simptomatologia analoagă cu a unei srangulări intestinale, în acest caz presupunem o strangulare primară a apendicelui, urmată de perforație, de flegmon ori abces al sacului herniar.

- În caz de evoluție cronică la o apendicită herniară, din când în când putem avea accese de colică apendiculară, care ne face să bănuim o apendicită în sacul herniar. Examenul atent al sacului în acest caz ne poate da indicii prețioase, încât uneori putem palpa apendicele îngroșat care sub forma unui cordon alungit, se întinde din canalul inghinal în spre scrot, de-alungul cordonului spermatic, de care totuși se poate diferenția. O evoluție cronică deseori duce la formarea unei tumori fibroase intim unită cu cordonul spermatic. În acest caz apendicita herniară se confundă cu tumorile testicolului.

Iată cazul instructiv a lui Hoeckel:

- În canalul inghinal drept există de mai mult timp o tumoră nedureroasă și ireductibilă. De câteva luni această tumoră crește și devine dureroasă. Hoeckel este convins, că are aface cu o neoplazie. Făcând castrația, extirpă nu numai tumora ci și o ansă intestinală unită cu ea. La examnul histologic s'a dovedit, că ceiace s'a luat drept cordon spermatic, în realitate era un apendice care prezinta o imflamația cronică.

VII. Prognosticul.

Prognosticul depinde de gradul inflamației în care se găsește apendicele în momentul intervenției. În general trebuie să-l considerăm benign de când

apendicita a devenit o boală chirurgicală, în ceace privește tratamentul ei.

Dacă apendicele este complet coborât în sacul herniar, atunci și formele acute cari evoluiază spre gangrenă și perforație devin mai benigne decât la un apendice întra abdominal, aceasta explicându-se ușor prin situația particulară pe care o ocupă organul. În acest caz falsele membrane care se organizează produc aderențe, localizează procesul numai la sacul herniar, fără tendință de propagare la peritoneul liber. Dacă nu se intervine la timp, inflamația se extinde la țesuturile vecine, se produce un proces de necroză și colecția purulentă se deschide le exterior. Sunt descrise cazuri unde s'au format fistule stercorale și diagnosticul apendicitei herniare s'a putut pune tocmai pe baza acestei complicațiuni.

Se observă și cazuri de peritonită generalizată, în cursul unei apendicite herniare.

Propagarea procesului la peritoneul abdominal se produce în următoarele cazuri:

a) Apendicele nu este complet coborât în sacul herniar, având o porțiune intrasaculară și una intraabdominală. Evoluția are un mers septic, iar aderențele nu se pot forma din cauza situației apendicelui.

b) Apendicita herniară, fiind confundată în majoritatea cazurilor cu o hernie strangulată, de multeori facem imprudența de a încerca re poziția conținutului. Este ușor de înțeles pericolul care va rezulta mai ales în cazul când reușește re poziția unui apendice necrozat, împreună cu colecția purulentă din jurul lui.

Lüsing amintește un caz enalog la un copil de 1¹/₂ an, care avea hernie inghino-scrotală dreaptă congenitală, care de 5 zile devine dureroasă, însoțită de vărsături și meteorism. S'a pus diagnosticul de hernie încarcerată și s'ă încercat re poziția. Simptomele după aceasta s'au agravat și mai mult. La intervenție, în sacul herniar se găsește numai un

puroi fetid, gros, iar la herniolaparatomie se găsește un apendice gangrenos, cu o secreție purulentă abundentă în jurul lui. Este clar, că în acest caz prin manoperele de re poziție, secreția purulentă din sacul herniar s'a introdus în cavitatca abdominală.

La început când boala era mai puțin cunoscută și indicațiile operatorii se făceau cu mai multă rezervă, mortalitatea era mare.

Cele 63 cazuri adunate de Wassilyew se repartizează în modul următor:

Vindecați --- --- --- ---	44
Morți --- --- --- ---	16
Rezultat necunoscut ---	3

În cele 44 cazuri s'a făcut apendicectomie în 36, iar în 8 s'a lăsat pe loc.

Din cele 16 cazuri mortale, 3 n'au fost operate, iar la 10 s'a făcut numai herniotomie fără rezecția apendicelui; abea la 3 s'a făcut și apendicectomie.

Este evident deci, că în toate cazurile trebuie să urmărim, în limitele posibilității, rezecția apendicelui.

Barsickow dă o statistică mai favorabilă: din 44 cazuri, au fost numai 4 mortale, dintre cari 2 în urma pneumoniei.

VIII. Tratament.

La hernii a căror conținut este suspect și unde nu putem exclude cu siguranță existența unei apendicite herniare, este absolut contraindicată orice manoperă de re poziție. Tratamentul rațional nu poate fi decât numai cel operator.

Când s'a făcut diagnosticul de apendicită herniară, Sprengel recomandă să facem întâiu herniotomia și după aceasta să deschidem printr'o altă incizie cavitătea abdominală. Face rezecția apendicelui prin incizia superioară și-l extrage apoi prin plaga herniotomiei.

Acest procedeu cu două incizii este însă și impractic și periculos.

Nepractic pentru că nu avem apendicele în întregime sub ochii noștri. Există întotdeauna o porțiune intermediară ascunsă care scapă examenului direct.

Este periculos pentru că un apendice modificat, gangrenos, duce la infecțiunea a două câmpuri operatorii.

Este deci mult mai rațional procedeu, care ține în evidență apendicele în tot cursul actului operator. Procedăm în felul următor: Se face herniotomia și în caz când nu putem urmări apendicele până la cec având un inel herniar prea mic, prelungim incizia în sus transformând herniotomia într'o hernio-laparotomie, deschidem larg cavitatea ca să avem un acces suficient asupra inserțiunii apendicelui pe cec.

După aceasta procedăm la resecția apendicelui. Aceasta este conduita noastră în linii generale. Ea va fi modificată însă în fiecare caz în raport cu conținutul sacului herniar și alterațiunile anatomo-patologice ale apendicelui.

Putem avea mai multe modalități:

1. Conținutul sacului herniar este format numai de un apendice inflammat. Alterațiunea lui este încă într'un stadiu incipient. Facem apendicectomia care de cele mai multe ori va fi posibilă fără lărgirea inelului herniar.

2. *Fenomenele inflamatorii* a-le sacului sunt numai consecutive unui proces de peritiflită, abces apendicular situat deasupra inelului herniar. Cu o simplă herniotomie în acest caz n'am făcut nimica. Trebuie să ne adresăm focarului primitiv după toate normele urmate în colecții purulente de natură apendiculară ale fosei iliace.

Problema principală de rezolvit este apendicita; hernia nu-i decât o complicație.

3. Conținutul sacului este format de un apen-

dice gangrenos, perforat. Procesul s'a întins și la cavitatea abdominală. In acest caz trebuie să ne mulțumim cu apendicectomia. Plaga o lăsăm deschisă cu un drenaj cât mai larg.

După dispariția fenomenelor inflamatorii într'o a doua ședință putem face operația radicală pentru hernie. Rezecții largi de intestin subțire și gros sunt contraindicate.



Observația I.

Bolnavul O. S. în etate de 57 ani intră în serviciul Clinicii Chirurgicale în seara zilei de 14 Decembrie 1926.

In antecedentele heredo-colaterale, nu găsim nimic deosebit. Antecedente personale: dela etatea de 14 ani are hernie inghinoscrotală dreaptă care nu i-a cauzat nici-odată vre'o jenă sau durere.

În anul 1916 când își făcea armata i s'a făcut cura radicală a herniei.

După vre-un an recidivă. Hernia ajunge la mărimea unui ou de găină. Se menține apoi în această stare fără a-l supăra.

Istoricul boalei actuale: Boala pentru care vine în Clinică datează din ziua de 6 Decembrie, adică de 8 zile. A început în mod brusc. Debutul ei bolnavul i-l pune în legătură cu un efort fizic. În aceea zi ridică o greutate mai mare, când la un moment dat simte o durere foarte violentă în regiunea inghino-abdominală dreaptă. Ceva mai târziu observă că tumora dela inelul herniei recidivate este mărită de volum și nu se poate reduce în cavitatea abdominală.

Dela acest nivel iradiază spre hemitoracele drept până în regiunea carotidiană de această parte. Din cauza lor nu se mai poate menține pe picioare, cade la pământ și este silit să-și ia o poziție forțată.

Este dus acasă și așezat la pat. Ziua următoare are ascenziuni termice, starea generală rea. Nu are scaun nici vânturi. Spune că n'a avut vărsături nici sughiț. Ziua a treia are puțin scaun, dar starea ge-

nerală se menține. rea. Nu se alimentează, numai cu lapte.

Zilele următoare durerile se accentuează, iar ultimele două zile n'are nici vânturi nici scaun.

Ziua 7-a este dus la un spital din provincie de unde se îndrumă la Clinică.

Bolnavul a 8-a zi după începutul boli, se prezintă la noi. Starea generală: de statură înaltă, cu țesutul celuloadipos redus. La plămâni și inimă nu se constată nimic deosebit.

Examenul local: La inspecție se constată, că abdomenul în partea subomblicată este mărit de volum cu fosele iliace bombate mai ales în dreapta.

La nivelul orificiului abdominal al canalului inghinal se constată prezența unei tumori de mărimea unui ou de găină care se întinde până la orificiul cutanat. Este dură, dureoasă și ireductibilă. Tegumentele nemodificate ca aspect.

La palpare: Sensibilitate difuză asupra abdomenului întreg cu durere mai accentuată în fosa iliacă dreaptă, și la nivelul plicei inghinale drepte unde este tumora herniară.

În fosa iliacă dreaptă se simte o rezistență ce o ocupă în întregime și se continuă în jos spre sacul herniar. Este dureroasă și semiconsistentă.

Diagnosticul: Hernie inghinală dreaptă încercată.

Operația care a fost făcută de Dl. Dr. Mureșanu în aceeași zi. Anestezie rachidiană cu stovoină + Stricnină. Se face o incizie paralelă cu arcada crurală dinspre spina iliacă antero-superioară spre spina pubelui.

După incizia pielii ajugem într'un țesut cu infiltrație inflamatorie care îngreunează diferențierea straturilor mai ales, că este vorba de o hernie recidivată.

Reușește totuși să izolăm sacul, care are pereți foarte îngroșați și n'are aspectul obișnuit al sacurilor peritoneale.

Dupăce ne-am convins, că nu poate fi vorba nici de viziță, nici de ansă intestinală, î-l deschidem.

Se elimină din el câțiva cm. de puroiu gros, fetid, verzui. Dupăce curățim acest focar căutăm să ne dăm seama de conținutul sacului. Explorând în sus constatăm, că sacul herniar este aproape complet izolat de cavitatea abdominală fiind ocupat aproape în întregime printr'o formațiune tumorală acoperită cu membrane fibrinoase și lichid purulent. În partea externă a inelului herniar există totuși o mică comunicare în sus cu cavitatea peritoneală.

Deoarece nu avem un acces suficient, izolăm câmpul operator și mărim incizia în sus, deschidem mai larg cavitatea abdominală. Ajungem atunci într'o cavitate din care se elimină o cantitate de 100—200 cm³ puroiu fetid, analog cu cel care l-am găsit în sacul herniar.

Spălăm cavitatea cu soluție de Rivonol 1% și căutăm să ne orientăm. Se constată atunci, că din fosa iliacă dreaptă descinde în jos un bloc tumoral compact de formă conică așezat cu baza în sus, vârful în jos. Aceasta din urmă coboară în sacul herniar, până aproape de fundul lui. Tumora este aderentă de partea interne a inelului și sacului herniar pe care îl ocupa aproape în întregime.

Din acest conglomerat tumoral format de cec, apendice și epiplon unite prin aderențe vechi și infiltrație inflamatorie, apendicele nu poate fi izolat.

În partea declivă așezăm un dren de cauciuc și închidem strat cu strat restul plăgei.

Mersul Post-Operator :

10 Decembrie: Temperatură 38. Puls 100. Se schimbă pansamentul care este imbibat cu o secreție purulentă. Starea generală bună.

16 Decembrie: Temperatură 37.5. Puls 98. Se administrează clismă, după care are scaun și vânturi.

17 *Decembrie*: Temperatură: 37.5. Puls 90. Local plaga se spală cu apă exigentă. Se menține drenajul cu tubul de cauciuc.

20 *Decembrie*: Afebril. Secrețiunea purulentă din plagă diminuată. Are scaun în mod spontan.

25 *Decembrie*: Secrețiunea minimală. Se suprimă drenajul cu tubul de cauciuc. Plaga larg deschisă, din ea se elimină câteva sfaceluri apenovrotice. Se drenează cu meșă imbibată în soluție de Ozonogen.

- 31 *Decembrie*: Local plaga curată, începe să granuleze.

19 *Ianuarie*: Face o iritație orchiepididimară de partea dreaptă. Temperatura se urcă brusc la 39.5. Testicolul și epididimul din partea dreaptă măriti de volum, cu tegumentele edemațiate.

Se fac comprese umede cu Liquor Burowi și injecții intramusculare cu electrargol.

14 *Ianuarie*: Afebril. Starea generală bună. Plaga superficială. Procesul inflamator dela nivelul testicolului și epididimului pe cale de resorbție.

20 *Ianuarie*: Procesul inflamator complet dispărut. Plaga se badijonează cu tinctură de iod și se pansează cu mastizol.

20 *Ianuarie*: Părăsește Clinica complet vindecat.

Observațiunea II.

Serviciul Dlui Profesor Dr. *Thoma Ionescu*. (Operație de Dl. Dr. *Iacobovici* 9 Nov. 1909.)

Apendicită herniară supurată, simulând o hernie strangulată rezecția apendicelui vindecare.

Bolnavul S. S. de 47 ani intra în serviciul (al II-lea) chirurgical Spitalul Colțea în ziua de 8 *Novembrie* 1908.

Antecedente hereditare. Părinții morți, nu știe cauza. Un frate o murit la vârsta de 22 ani cu oc-luzie intestinală. Mai are o soră sănătoasă.

Antecedente personale: la 22 de ani a vărsat sânge, de atunci și până în prezent s'a simțit sănătos, afară de oarecari turburări gastro-intestinale. Acum 8 ani, în urma unei sărituri, a început a simți durere în dreptul canalului inghinal drept. Dela apariției lor, au fost însoțite de turburări digestive, durerea era mai pronunțată în vecinătatea ombilicului, avea greață și constipație. Consultând un medic acesta i-a găsit un punct de hernie la nivelul orificiului inghinal drept. A început a purta bandaj herniar. Simptomele mai sus descrise par a se fi amendat. În urmă și bolnavul s'a simțit bine până la apariția turburărilor actuale.

Istoricul boalei actuale. Simptomele maladiei prezente au apărut acum o lună și jumătate prin turburări gastro-intestinale: inapetență, greață, constipație (n'avea scaun decât în urma purgativelor) și dureri în regiunea inghinală dreaptă. În seara 7 Nov. venind acasă dela lucru, a fost apucat de dureri mari le nivelul canalului inghinal drept, observând la acest nivel o tumoară de mărimea unei nuci mari. N'a avut vărsături, constipat era ca de obicei. A doua zi de dimineață medicul consultat, ia recomandat imediata transportare la spital pentru operație.

Starea generală. Bolnavul e bine constituit, țesutul celulo-gresos abundent, nimic din partea pulmonilor sau a cordului.

Operația. Bolnavul este operat de Dl. Dr. Iacobovici la 9 Noemvrie seara. Rachianestezie între 1-a, 2-a vertebră lombară cu 0.10 ctgr. stovaină, 0.001 ctgr. stricnină, 0.00001 ctgr. atropină, după cinci minute anestezie completă. Se face o incizie din dreptul spinei iliace antero-superioară până la spina pubiană și se descoperă un sac herniar foarte îngroșat și fibros. După ce s'a deschis sacul, se găsește în interiorul său, numeroase bride și resturi de eplon transformat în bande de țesut fibros. În apropierea orificiului inghinal inferior, se găsește o tumoare globuloasă, cu baza strâmtă care se întinde

spre orifiul intern al canalului. Tumoarea e elastică și fluctuantă. Căutăm să precizăm natura și sediul acestei tumori, pentru aceasta mărim incizia în sus și dăm de țesutul preperitoneal care este inflamă, acelaș lucru și îndărăt. Cordonul care conține tumora se prelungește sub peritoneu prin acest țesut inflamă în sus, și în afară și pare legat de coecum, deși nu putem determina cu precizie acest lucru. Nefiind siguri dacă avem a face cu un apendice sau cu un diverticul al lui Meckel, deschidem accastă cavitate din care se scurge 50 gr. aproximativ de puro gros, fetid și-l fixăm la buzele plagei. Se cos straturile profunde cu catgut iar pielea cu setolin.

Mersul post-operator: 10 Noemvrie. Nu există nici un fenomen peritoneal. Starea generală bună.

11 Noemvrie. Se administreează oleu de ricină, bolnavul are scaun, starea generală bună, local plaga infiltrată.

12 Noemvrie. Bolnavul e liniștit, nu acuză nici o turburare, îse face pensament local.

13. Noemvrie. Se desfac firele și se lasă plaga larg deschisă.

14. Noemvri. Aceași stare.

1. Decemvrie. S'a pansat zilnic cu apă oxigenată. Secreția purulentă diminuată.

5. Decemvrie. Secreția purulentă dispărută. Plaga merge spre cicatrizare.

6. Decemvrie. Bolnavul ese din serviciu, aproape vindecat. Vine să-i facă pensament până la completă vindecare.

Concluziuni.

1. Tabloul clinic al apendicitei herniare nu ne permite decât un diagnostic de verosimilitate, și este greu de diferențiat de o strangulare a lui.

2. Diagnosticul se face de obicei în timpul intervenției.

3. Trebuie să ne gândim la apendicită herniară în toate cazurile, când într'un sac herniar apar brusc fenomene de strangulare. Tumora și straturile prezintă timpuriu fenomene inflamatorii, dela începutul bolii există ascensiuni termice în timp ce pasajul intestinal este deranjat puțin sau deloc.

4. În cazul unde conținutul sacului este format numai de apendice care prezintă procese destructive avansate, este greu să spunem dacă acesta este rezultatul final al unei inflamații sau a unei strangulări.

5. Prognosticul, cu excepția cazurilor unde se încearcă re poziția, este benign.

Văzută și bună de imprimat.

Cluj, la 25 Iunie 1927.

Președintele tezei :
Prof. Dr. *I. Iacobovici*

Decanul Facultății :
Prof. Dr. *Titu Vasiliu*

Bibliografie.

I. Barth A.: Über Brucheinklemmung des Processus vermiformis. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. 63. Pag. 149.

II. Barsickov: Über Appendicitis in Bruchsack. Beiträge zur Klinischen Chirurgie Bd. 67. Pag. 237.

III. Brieger: Hernien des Processus vermiformis. Archiv für Clinische Chirurgie Bd. 45. VI. 1893.

IV. Hildebrand: Die Sagerverhältnisse des Coecum und Ihre Beziehung zur Entstehung von ausseren. Coecalbrüchen. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. 33.

V. Herzog Ludwig: Die Periflitis von chirurgischen und internen Standpuncte beutelt. Deutsche Zeitschrift Bd. 46. Pag. 114.

VI. Hofmann Carl: Beiträge zur Kenntniss der Hernien des Processus Vermiformis. Deutsche Zeitschrift Bd. 45—8.

VII. Honsel B.: Über die izolierten Brucheinklemmungen des Wurmfortsatzes. Beitr. zur Klin. Chir. Bd. 37. Pag. 208.

VIII. Musceleanu Simion: Teză. București 1909.

IX. Rose: Die reine Einklemmung des Warmfersatzes und ihr Genicht für die Ansichten von der Einklemmung. Deutsche Zeitschrift für Clinische Chirurgie Bd. 35.

X. Sprengel Otto: Deutsche Ghirurgie. Appendicitis im Bruchsach Pag. 349.

XI. Sprengel Otto: Zur Diagnose der Wurmfortsatz-einklemmung. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Bd. 72. Pag. 61.

XII. Tache Fridrich. Epitiffilitis im Bruchsach. Beiträge für Klinischen Chirurgie Bd 29. Pag. 61.

XIII. Wassyliew: Über apendicitis im Inghinalhernien bei Männern. Archiv für Clinische Chirurgie Bd. 73. Pag. 169.



1,50