

UNIVERSITATEA „REG. FERDINAND I.“ DIN CLUJ  
FACULTATEA DE MEDICINĂ

---

No. 1031.

# HERNILE TRAUMATICE

(Hernii de efort, Hernii posttraumatice,  
Hernii postoperatorii)

Din punct de vedere Medico-Legal.



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 7 Iulie 1936

DE  
CONSTANTIN T. DIMA

---

CLUJ  
TIP. „ROMÂNUL S. A.“ CLUJ  
1936.

# HERNILE TRAUMATICE

(Hernii de efort, Hernii posttraumatice,  
Hernii postoperatorii)

Din punct de vedere Medico-Legal.



DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE  
PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE .....

28 MAY 2004

DE  
CONSTANTIN T. DIMA

9628

INST. MED. FARM.

Teza Nr. 98

Biblioteca Centrală

Inv. Nr. 89-334

# UNIVERSITATEA „REG. FERDINAND“ I. DIN CLUJ

## FACULTATEA DE MEDICINĂ

**Decan: D-nul Prof. Dr. D. MICHAÏL**

### P R O F E S O R I :

Clinica stomatologică . . . . .	<i>Prof. Dr. Aleman I.</i>
Bacteriologie . . . . .	" " <i>Baroni V.</i>
Istoria medicinei . . . . .	" " <i>Bologa V.</i>
Patologia generală și experimentală . . . . .	" " <i>Botez A. M.</i>
Clinica oto-rino-laringologică . . . . .	" " <i>Buzoianu Gh.</i>
Istologia și embriologia umană . . . . .	" " <i>Drăgoiu I.</i>
Semiologie medicală . . . . .	" " <i>Goia I.</i>
Clinica ginecologică și obstetricală . . . . .	" " <i>Grigoriu C.</i>
Clinica medicală . . . . .	" " <i>Hațieganu I.</i>
Medicina legală . . . . .	" " <i>Kernbach M.</i>
Farmacologia și farmacolognozia . . . . .	(supl) " <i>Popovici Gh.</i>
Clinica oftalmologică . . . . .	" " <i>Michail D.</i>
Clinica neurologică . . . . .	" " <i>Minea I.</i>
Igiena și igiena socială . . . . .	" " <i>Moldovan I.</i>
Radio'ogia medicală . . . . .	" " <i>Negru D.</i>
Anatomia descriptivă și topografică . . . . .	" " <i>Papilian V.</i>
Clinica chirurgicală } Medicina operate } . . . . .	" " <i>Pop A.</i>
Clinica Infantilă . . . . .	" " <i>Popovici Gh.</i>
Fiziologia umană . . . . .	supi. " <i>Drăgoiu I.</i>
Balneologia . . . . .	" " <i>Sturza M.</i>
Clinica dermato-venerică . . . . .	" " <i>Tătaru C.</i>
Clinica urologică . . . . .	" " <i>Țeposu E.</i>
Chimia biologică . . . . .	" " <i>Thomas P.</i>
Clinica Psihiatrică . . . . .	" " <i>Urechea C.</i>
Anatomia patologică . . . . .	" " <i>Vasiliiu T.</i>



### JURUL DE PROMOTIE:

PREȘEDINTE: Domnul Prof. Dr. *M. Kernbach*

Membrii: { " " " *V. Bologa*  
 " " " *D. Michail*  
 " " " *V. Papilian*  
 " " " *Al. Pop*

Supleant: Docent Doc. Dr. *P. Vancea*

## CAP. I.

### Considerațiuni generale asupra herniilor

Prin hernie se înțelege ieșirea intestinului afară din cavitatea abdominală, fără rupțura straturilor cari constituiesc acest perete; adică peritoneul, mușchii, aponevrozele și pielea rămân totdeauna intacte. Nici odată hernia nu lezează peretele abdominal, exceptând cazul când e distrus direct de traumatisme (tăcturi de cușit, operații, etc.)

Intestinul nu poate ieși din abdomen sub formă de hernie decât prin anumite puncte cu rezistență redusă, cari prin urmare constituiesc o predispoziție evidentă. Aceste puncte sunt: canalul inguinal, canalul erural, cicatricea ombilicală și partea fibroasă a liniei mediane. Vom considera deci patru mari varietăți de hernii:

1. *Hernie inguinală*
2. *Hernie crurală*
3. *Hernie ombilicală și*
4. *Hernie epigastrică.*

1. *Hernia inguinală* este cea mai frecvent întâlnită. Are traiectul prin canalul inguinal situat la partea inferioară și anterioară a abdomenului. Poate fi uni sau bilaterală și se întâlnește mai des la bărbați decât la femei.

2. *Hernia erurală* are traiectul prin canalul erural, punctul de trecere a marilor vase din abdomen spre coapse. Volumul ei este inferior celei inguinale.

3. *Hernia ombilicală* se produce prin cicatricea ambilicală. Se întâlnește mai frecvent la femeile multipare nașterile multiple scăzând considerabil rezistența acestui punct.

4. *Hernia epigastrică* pe linia mediană — linia albă — a abdomenului o întâlnim rar.

## Caracterele herniilor

O caracteristică esențială este că ieșirea intestinului afară din abdomen, nu se face nici odată traversând (distru-gând) peritoneul, ei cu el, — deci peritoneul în nici un caz nu va fi lezat și va forma herniei un înveliș, complet : sacul herniar. Coletul sacului se numește partea cea mai strâmtă unde cavitatea sacului se îmbină cu aceea a peri-toneului.

Hernia conține aproape totdeauna intestinul — în mod obișnuit Intestinul gros — însă nu rare ori se găsește și epiploonul.

Când intestinul n'a prins aderențe, când coletul sacu-lui nu este prea strâmt, sau când hernia nu este așa de voluminoasă, ea poate fi reductibilă, adică intestinul reîntră în abdomen fie sub influența presiunii exercitate asupra ei, fie prin simpla poziție de decubit dorsal. Ireductibilita-tea e o complicație serioasă și spre deosebire de cealaltă complicație, incarceraea, poate fi tolerată mult timp.

Toate herniile pot fi susceptibile de operații, sau pot fi menținute prin bandaj.

### Interogatoriul unui herniar

Antecedentele vor fi explorate cu multă atenție și mi-nuțiozitate. Astfel ne putem da seama de starea anterioară a bolnavului, mai ales dacă, căutăm să stabilim cauza de-vărată a herniei.

La adult profesiunea și serviciul militar nu trebuie neglijate, cauze de multe ori declanșante pentru o hernie.

Antecedentele hereditare sunt discutate și mai mult sau mai puțin sunt admise de unii autori. Berger a consta-tat într'o statistică a sa, anterioară legii din 1898, că her-niarii se recunosc din antecedente hereditare herniare în raportul de unul la patru ( $1/4$ ).

În cazul unei hernii accident, istoricul accidentului în-cercat de individ este povestit de el câteodată chiar dra-matic; că în cursul unui efort normal sau anormal a simțit o durere bruscă, senzație de ruptură, apoi cum a reacționat dacă a abandonat sau nu lucrul. Durerea pe care o simte

nu este totdeauna vie și din expunere pe care o face, vom putea trage concluzia dacă odată cu sensibilitatea regiunii (inguinale, eruale etc.) a observat spărându-i și o tumoră, inexistentă înainte. De foarte multe ori se întâmplă ca din cauza intensității durerilor muncitorul să-și părăsească lucrul pentru câteva ore sau chiar câteva zile; începându-l, la cel mai mic efort durerile se accentuează, hernia devine o tumoră tot mai evidentă. Leon Imbert explică durerea excesivă și celelalte reacții în felul următor: „Dacă avem în vedere mecanismul herniei de forță — care va fi discutată mai departe — suntem obligați să recunoaștem că peritoneul a suferit o bruscă distensie. Se poate admite ca această distensie bruscă să se facă fără dureri vii? Aproape fiecare chirurg a avut, pentru o rațiune oarecare, ocazia să opereze o hernie pe un bolnav neadormit; puțină atenție este suficientă să se constate că partea cea mai dureroasă a operației, e reprezentată prin tracțiunile exercitate asupra sacului, adică o acțiune asemenea producerii herniei; este momentul când majoritatea bolnavilor scuză durerea vie, ceilalți timpi ai operației fiind bine suportați.

Această durere există, fără îndoială la locul unde se exercită tracțiunea, dar se iradiază în tot abdomenul și mai ales în regiunea lombară. Un interogator bun și atent ne poate edifica dela început asupra naturii herniei.

## Clasificarea herniilor

În toate tratatele de patologie chirurgicală, herniile se clarifică din punct de vedere etiologic în:

1. *Hernii congenitale*
2. „ *de slăbiciune*
3. „ *de forță*

Dacă din punct de vedere anatomic hernia congenitală se deosebește de celelalte două, clinic diagnosticul diferențial este în majoritatea cazurilor greu de făcut, erorile nefiind excluse.

După Imbert, această clasificare este oarecum arbitrară, căci în practică hernia de forță nu există și imensa majoritate a bolnavilor prezintă caracterele herniei de slăbiciune

— o predispoziție morbidă — și adesea aceasta, împreună cu hernia congenitală, se pot interpreta ca accidente de muncă. Chiar justiția nu derogă în unele cazuri dela beneficii pe predispuși, lucrul de altfel în perfectă concordanță cu vederile unui Lucas - Championier în Franța, Vetere în Italia, Roser în Germania, Kingdon în Anglia și alții.

Toți aceștia nu concepeau hernia accident, ci numai hernia boală care nu se poate produce decât numai la un individ predispus. Desigur că vederile lor sunt cam exagerate, pentru că nu putem ști dacă există relație certă și absolută între accident și hernie.

Gilbert și Fournier distinge varietăți de hernie din punct de vedere patogenetic în :

*Hernii* cari se produc prin orificiile normale: ombilic, inelul ingunal, inelul crural, de

*Herniile* cari traversează peretele abdominal într'un punct unde nu există în mod normal orificiu și nici posibilități de traiect herniar. Această varietate de hernie corespunde evențațiunilor fie în urma șocurilor violente pe abdomen, fie în urma presiunii considerabile care destinde brusc intestinul, fie în fine prin o slăbire localizată a peretelui abdominal consecutiv unei incizii chirurgicale pentru laparatomie.

### 1. *Hernia congenitală.*

Trebue înțeleasă în sensul că se produce grație persistenței canalului peritoneo-vaginal neobliterat. Este cel mai evident caz de predispoziție cu toate că acești herniari au un perete abdominal solid și un inel inguinal închis și bine constituit.

Berger a semnalat în herniile congenitale, o malformație congenitală independentă a canalului peritoneo-vaginal, care ar fi un defect de dezvoltare, o atrofie sau mai exact o aplazie a țesuturilor peretelui abdominal. Este și cauza pentru care el apropie această specie de hernie de hernia de slăbiciune.

Hernia congenitală nu este totdeauna ușor de recunoscut și se admite că astfel de hernii se complică aproape în majoritatea cazurilor cu ectopia testiculară, sau suntacompaniate de hidroel închistat, complicații cari se desvoltă repede în copilărie și adolescență.

Ele se pot recunoaște ușor pe masa de operație.

Rămâne deci stabilit că hernia congenitală vizează numai malformația care a facilitat-o și nu hernia propriu zis.

### 2. *Hernia prin slăbiciunea pereților abdominali :*

Se produce pe un perete abdominal slăbit, este dublă și mai pronunțată de partea accidentată.

Alte caractere care pot servi pentru a o diferenția sunt: durerea moderată în momentul apariției sale, volumul nu prea mare, inelul inguinal larg și traiectul direct al canalului inguinal.

În timpul operației se constată o disociere aponevrozei marelui oblic, iar peretele anterior al canalului și fasela transversalis sunt aproape inexistente.

### 3. *Hernia de efort*

O vom dezvolta într'un capitol special în cele ce urmează.

O clasificare cu consecințe practice bune face Maurice Patel (în articolul „Hernies“ din Nouveau Traité de Chirurgie. Le Dentu, Delbert)

Astfel divide :

*Hernii ce sunt sub dependența directă a accidentului,*  
*Hernii părând să aibă un oarecare raport cu accidentul și*  
*Hernii ce n'au nici un raport cu accidentul.*



## CAP. II.

### Herniile traumatice

În cele ce urmează voi căuta să examinez mai amănunțit trei varietăți de hernii :

I. *Hernii de efort sau de forță*

II. *Hernii posttraumatice și*

III. *Hernii postoperatorii sau recidivante*

de egală importanță atât în domeniul muncii, cât și din punct de vedere juridic și pentru medicul expert.

#### I. **Hernia de efort.**

În etiologie vom găsi totdeauna un efort violent anormal, sau efectuat într'o poziție anormală. Este un efort mai intens decât posibilitățile obișnuite ale individului.

Se manifestă brusc prin simptome acute și uneori duce chiar la stări de lipotimie, cu pierderea cunoștințelor.

Caracterele herniilor de efort sunt următoarele :

*Volumul* herniei nu ajunge de obicei mai mare decât o nucă ; atât timp cât individual n'a purtat bandaj și a continuat lucrul, crește în dimensiuni cam cât un pumn de copil.

Rareori se întâmplă ca hernia de efort să se manifeste numai prin senzația de durere, lipsând tumefierea regiunii.

*La palpare :* este reductibilă mai dificil. Exercițiind o presiune asupra ei, nu reintră cu ușurință în abdomen.

Tumora este tare, dureroasă iar tegumentele sunt lu-

cioase și întinse, sau apar în jurul tumorii mici echimoze, lucrul ce se întâmplă când efortul a fost prea brusc și prea puternic.

Tot la palpate când tumora se simte elastică și renitentă, sonoră la percuție, ne putem da seama că hernia este acompaniată și de un enterocel. Epiplocelul se asociază mai rar și numai tardiv. În ce privește prezența epiploonului într-o hernie de efort și eventualele aderențe pe care poate să le prindă, aceasta pledează pentru vechimea herniei. Jeanbrau susține că prezența epiploonului într-o hernie, este o puternică prezumție de vechimea ei și, mai verosimil, dacă găsim și modificări ca; lipsă de elasticitate și consistență neregulată, dură pe alocurea. Ne convingem că epiploonul este ireductibil, aderent, când după ce am încercat reducția, el recade imediat în hernie.

*Orificiul*, herniei de efort trebuie să aibă dimensiuni minime, dilatat cât mai puțin și să corespundă pediculului herniei; când trece timp îndelungat dela apariția ei, fără să se intervină într'un fel sau altul, pediculul devine rigid și rezistent. În hernia inghinală manifestată imediat după accident, pediculul se găsește pe fața internă a elementelor cordonului; în hernia-accident tardivă, în mijlocul acestor elemente.

În caz de hernie erurală de dată recentă, intestinul trece înăuntrul pachetului vasculo-nervos, în cea tardivă deasupra.

*Simptomele*: după cum am văzut, se manifestă brusc în timpul efortului, și primul lucru care atrage atenția individului, sunt durerile excesive, cu senzația de ruptură — la locul herniei — și cu iradieri în lombe. Are starea generală rea, grețuri, vărsături, amețeli, etc. Din cauza intensității fenomenelor, lucrătorul este nevoit să întrerupă lucrul pe un timp oarecare.

\* \* \*

Hernia de efort interpretată ca accident de lucru, a fost discutată mult timp cu destulă amploare. Negată de unii autori cu renume sau primită cu rezervă de alții, s'au putut stabili totuși limitele până unde o hernie se poate considera accident.

Pentru Berger, Kingdon, Blasius, Krönlein producerea hernie e cauzată de a slăbiciune congenitală; pentru ei hernia nu este decât o maladie, o hernie de slăbiciune.

Ca intestinul să se poată angaja într'un traiect herniar trebuie mai întâi ca distanța care separă inserția mezenterului la nivelul coloanei vertebrale de orificiul herniar, să fie inferior lungimei mezenterului. Lockwood a demonstrat că la herniari, această condiție este realizată nu prin alungire mezenterului, ci prin inserția lui pe coloana vertebrală pe un plan mai inferior. Fiind realizată această condiție la unii indivizi, permite intestinului să apese cu toată greutatea sa asupra părților declive ale peretelui abdomino-pelvic. Aceasta ar fi prin urmare o predispoziție de ordin anatomic. Lucas-Championier este mai exclusivist și spune că toate herniile sunt anatomicește congenitale. Astfel hernia nu poate să apară decât la predispuși, la acei indivizi la care există o dispoziție anatomică specială a mezenterului și peritoneului, și o hipotonicitate a musculaturii peretelui abdominal.

Reneaume, Garangeot, Scarpa și Molgaingne explică hernia de forță ca survenind prin „creșterea bruscă a presiunii intra-abdominale care ar învinge rezistența pereților abdominali, creind hernia dintr'odată cu toate piesele: traiectul și sacul.“

Predispozițiile de ordin fiziologic sau patologic, ca de exemplu slăbirea tonicității musculaturii abdominale, de cele mai multe ori congenitală, lucrul care se observă foarte des la obeji, după emacieri, la ascitici după resorbția lichidului, pot fi în egală măsură incriminate.

Hernia de forță, admisă azi de toți chirurgii, independent de existența sau inexistența anomaliilor anatomice și admitând căzul că chiar ar exista aceste anomalii, nu se poate produce fără o cauză mecanică determinantă.

Printre cauzele cari pot produce hernia de forță (de efort) notez ea cele mai frecvente: ridicând un lemn greu, o ladă, urcând cu o povară, coborând cu o povară, făcând un pas greșit, ridicând o povară într'o poziție defectuoasă, făcând un salt trăgând, o povară, etc. etc.

P. Berger într'un tablou foarte sugestiv caută să de-

monstreze frecvența herniei de efort în raport cu anumite profesii și cercetând cauzele a 1427 cazuri găsește :

98	Hernii produse făcând o sforțare nedeterminată
498	„ „ ridicând o povară
157	„ „ purtând o povară
33	„ „ urcând cu o povară
35	„ „ coborând cu o povară
79	„ „ alunecând
35	„ „ făcând un pas greșit
26	„ „ făcând un pas greșit fiind încărcat
113	„ „ căzând
72	„ „ căzând sub o greutate
36	„ „ într'o poziție defectuoasă
74	„ „ într'o poziție defectuoasă fiind încărcat
3	„ „ ridicând o povară într'o poziție defectuoasă
7	„ „ prin căderea în false poziție
22	„ „ făcând un salt
5	„ „ sărind în sus
26	„ „ trăgând o povară
23	„ „ încălecând pe cal
21	„ „ în timpul gimnasticeii
8	„ „ dansând
52	„ „ primind o lovitură
9	„ „ căzând o greutate pe abdomen

„Dar spune el, nu s'ar putea termina de a menționa felurile modalități cari ar putea da loc la producerea herniilor; am sub ochi o listă cu 300 accidente, cari ar fi foarte interesant — dacă nu ar fi prea lungă — de a o consulta, și unde găsim cismarul care face o sforțare pentru a-și încălța clientul, alături de un gornist care suna șarjă la asaltul unei redute, pietonul care intrând cu piciorul într'o groapă cade și se scoală cu o hernie; lucrătorul care strânge un șurub, alături de măcelarul care ridică o jumătate de bou, artileristul care ridică o piesă a tunului său, alături de chełnerul care destupă o sticlă“.

Conchide că profesiunile exercitate în picioare cum sunt acelea de brutar, zidar, hamal, etc., unde efortul mus-

cular se face în flexiunea corpului, dau cea mai mare proporție de herniari (10%). Profesiunile de cismar, șelar, curelar, etc., cari necesită sforțări în poziție șezândă dau un procent cam de 6% de herniari.

*Multiplicitatea* herniilor trebuie să ne atragă atenția în depistarea herniilor de efort prin accident, față de acelea de slăbiciune. Hernia de forță este unică și chiar Justiția Franceză a admis în multe cazuri acest punct de vedere. Statisticile făcute de diferiți autori, arată clar că multiplicitatea herniilor pledează în favoarea predispoziției.

Macready dă:

Hernii inguinale duble 6860

„ „ simple 10569

Deci un raport de 0,64/1

Berger găsește la consultațiile Biorului Central din Paris:

	Bărbați	Femei	Băieți	Fete	Total
Hernii simple:	1130	1549	777	261	3717
„ duble:	4710	639	407	37	5793
„ triple:	277	31	29	7	348
„ quadruple:	91	1	—	—	94
„ quintuple:	2	—	—	—	13
„ sextuple:	2	—	—	—	2
<b>Totalul cazurilor:</b>	<b>6220</b>	<b>2220</b>	<b>1213</b>	<b>305</b>	<b>9977</b>

Se poate ușor deduce din acest tablou frecvența mai mare a herniilor favorizate de o predispoziție.

Hernia este în realitate punctul de convergență a două elemente: *unul activ* — efortul rezultând din lucru —, și *altul pasiv* — predispoziția, starea anterioară. — În Franța Curtea de Casație nu ține seamă de acestea și confirmă că: „predispozițiile morbide ale victimei, într'un accident de lucru, predispoziții cari au facilitat accidentul sau au agravat urmările, nu pot fi luate în considerație în determinarea indemnizației respective.“ Această jurisprudență, nu se împacă cu considerentele medicale și chiar dacă există diferență între lucrătorul robust la care hernia nu se produce decât în urma unui efort extrem de violent și bătrânul cu țesutul slăbit care face hernie din simpla ridicare a unei căldări cu apă — de exemplu —, nu este posibil ca dife-

rența să fie așa considerabilă, încât unul să primească indemnizație iar celălalt nu. Leon Imbert, C. Oddo și L. Ghavernac, consideră criteriul accidentului în materie de hernie, nu în calitatea efortului și nici în manifestările rănitului; el rezidă în existența unei hernii, anterior accidentului. Deci hernia care se produce brusc în timpul lucrului, atunci când ea nu exista în stare latentă, trebuie în toate circumstanțele să fie considerată ca un accident de lucru și merită în consecință o indemnizație. Responsabilitatea patronului să fie totdeauna asemenea riscului și urmărilor și evaluată ca atare.

Se zice că hernia este o maladie, dar nu se poate contesta că se produce câteodată spontan, câteodată după un traumatism. Tribunalele au decis în toate cazurile că boli de acest gen — cum sunt și sifilisul, pneumonia, etc. — dau invaliditate și indemnizația se impune.

În Franța, Curtea de Casație — din considerente juridice — stabilește printr'o sentință dată în 22 Decembrie 1909, că toate leziunile survenite în timpul lucrului — *chiar lucrul normal* — trebuie să fie considerate ca rezultând dintr'un accident.

Dacă efortul normal violent, și durerea bruscă vie, sunt considerate caractere indispensabile în hernia-accident, nu este mai puțin udevărat că nu pot să servească ca bază absolută în diagnoza ei și — repet — este necesar să constatăm și starea anterioară accidentului, a unui canal îngust neforțat. Aceste caractere sunt elemente de probabilitate care transformă în accident de lucru, o leziune pe care o putem presupune și ea proveniind dintr'un accident fără legătură cu lucrul sau chiar dintr'o simplă maladie. Și numeroase tribunale solicită expertul să aprecieze importanța relativă a predispoziției și a traumatismului în producerea herniei. În acest sens se atenuază într'o proporție rezonabilă indemnizația acordată, soluționându-se astfel cele mai dificile litigii.

Următoarea sentință dată de Curtea de Casație din Paris la 29 Iulie 1931 merită toată atenția expertului relativ la starea anterioară a individului, care a făcut o hernie de efort în timpul lucrului, Anume:

„Având în vedere că toate leziunile cauzate sau ocazionate de o muncă — chiar normală — trebuie să fie

considerate ca rezultante unui accident în sensul legii din din 9 Aprilie 1898.

„Având în vedere că la 25 Februarie 1928, femeea B. G. lucrătoare la fabrica de cue Hardy-Capitain, în timp ce ajutată de o altă lucrătoare încerca să ridice o ladă cu cue, a simțit în regiunea abdominală o durere așa de vie încât a trebuit să abandoneze lucrul său.

„Având în vedere că cererea de indemnizație a fost respinsă de judecătorul de pace pe motivul care rezultă din raportul experților „că hernia de pe urma căreia femeea B. G. reclamă daune, exista anterior efortului de lucru, deci cererea ei nu-i justificată“.

„Dar considerând că în raportul lor, întărit prin judecata atacată, experții precizează că „în accidentul din 25 Februarie 1928, presiunea abdominală, care acompaniază orice efort, a împins în traiectul herniar — care se găsea desfăcut în acel moment — o ansă intestinală care a fost mai mult sau mai puțin violent comprimată și că numai astfel au luat naștere fenomenele dureroase cari au relevat rănitei existența herniei sale“ de unde experții conchid și împreună cu ei și tribunalul „că există o hernie erurală dreaptă, datorită unei stări morbide preexistente, dar că a fost revelată cu ocazia unui efort normal survenit în cursul lucrului obișnuit“; că aceste constatări suficiente spre a stabili că dacă lucrul n'a fost cauza leziunii, a fost totuși ocazie favorabilă; de unde urmează că statuând cum trebuie, judecata atacată, n'a dedus consecințele legale prin faptele constatate.

„Pentru șest motiv casează . . .

Deci Curtea de Casație înțelege să-și mențină jurisprudența sa și dă drept de despăgubire într'un accident rezultat în timpul unei munci normale. Este o concepție în care desigur că găsim lacune și care ar fi conduita echitabilă într'un caz de hernie ce se strangulează în timpul unei munci cu efort normal și efort anormal ?

Se pot enumera multe alte sentințe ale tribunalelor în acest sens, astfel facilitându-se simulația printre lucrătorii purtători de mult timp de mici hernii. Spre a se înlătura, patronul va face bine să și supună personalul la o vizită medicală și să-și noteze lucrătorii atinși de hernie.

- Observația I.** F. I. de sex masculin, 21 ani, necăsătorit, de profesie betonier, fără antecedente heredo-colaterale și personale importante, ridicând o cantitate prea mare de beton, simte deodată în regiunea inguinală dreaptă un junghiu cu iradierii în lombe, în acelaș moment apare o tumefacție care a doua zi avea mărimea unui ou. Durerea fiind prea violentă părăsește lucrul. Intră în serviciul Clinicei chirurgicale din Cluj în ziua de 18. IX. 1935 și este operat în 19. IX. 1935.  
Părăsește clinica în 27. IX. 1935 complet vindecat.
- Observația II.** F. M. de sex feminin, 45 ani, văduvă, casnică. Nimic important în antecedente. Cu 4 ani în urmă ridicând un braț mare cu iarbă, simte brusc o durere vie în regiunea inguinală stângă, tot odată apărând și o tumoretă greu reductibilă. De atunci hernia agravându-se se internează în Cl. Chirurgică din Cluj în ziua de 11. X. 1935. Operată la 15. X. 1935 părăsește clinica complet vindecată.
- Observația III.** C. Ch. de sex masculin, 72 ani, căs. muncitor. A suferit de curând de o infecțiune (nu precizează) care l-a slăbit și astenizat. Ridicând o greutate î-i apare în regiunea inguinală stângă o hernie cu simptome dure-roase vii. După câțva timp prezintă la efort și o hernie inguinală dreaptă. Intră în serviciul Cl. Chirurgicale din Cluj la 21. IX. 1935. Operat la 24. IX. 1935 părăsește clinica în 3. X. 1935 vindecat.
- Observația IV.** M. V. bărbat, 44 ani, căs., muncitor. În copilărie a suferit de paludism. A ridicat o căldare cu apă după care imediat i-a apărut o hernie inguinală dreaptă. A purtat bandaj o vreme până ce în urma unui nou efort mai mare, se agravează și se decide să între în clinică cu simptome generale rele, grețuri, vărsături, temperatură, durere la nivelul hernicii. Operat în 30. IX, 1935 se vindecă.
- Observația V.** B. I. bărbat, căs., 49 ani, medic. Antec. heredo-colat, și personale fără importanță. Urcând o seară simte în regiunea inguinală dreaptă un junghiu cu senzația de ruptură. După 2 zile apare în acelaș loc o tumoretă reductibilă, cu durere vie mai ales la mers și la variațiile de temperatură. Intră în Cl. Chirurgică din Cluj în 19, IX, 1935 cu diagn. de hernie inguinală dreaptă și hidrocel drept. Operat în 20, IX, 1935 părăsește clinica în 30, IX, 1935, complet vindecat.
- Observația VI.** L. Al. bărbat 51 ani, tâmplar nimic deosebit în familie, personal suferă de reumatism cronic. În urma unei constipații, la eforturi de defecație simte în regiunea inguinală dreaptă o durere vie și apariția



unei tumorete de mărimea unei nuci elastică, reductibilă. Operat în 18, XII, 1935 părăsește clinica complet vindecat.

Observația VII. C. I. bărbat, 17 ani, plugar neagă boli inf:cto-contag. în familie. Pe când încerea să ridice un lemn gros, depunând un efort anormal, simte brusc o durere vie în regiunea inguinală dreaptă, cu iradieri în coapse și lombe. Tot odata observă prezența unei tumorete greu reductibile durerile accentuându-se la eforturi și la schimbarea de temperatură, intră în serviciul Clinicii Chirurgicale din Cluj la 20, III, 1936 și este operat la 24, III, 1932 (cura radicala Forgeue). Părăsește clinica în 2, IV, 1936 complet vindecat.

În toate cazurile de efort, prezentate la clinica chirurgicală din Cluj am remarcat apariția lor consecutiv unui efort neobișnuit, cu toată gama de simptome aproape tipice pentru această varietate de hernie, adică; durere vie și bruscă la nivelul herniei iradiind în lombe în acelaș timp cu tumefacția regiunii. Tumoreta nu trecea de dimensiunile unui ou de găină și se reducea destul de greu. Caracteristic, că mai toți bolnavii în descrierea durerilor, recunoșteau exacerbarea lor la variațiunile de temperatură și eforturi.

Din 314 cazuri de hernii operate în Cl. Chirurgicală din Cluj pe anii 1935 și 1936 am găsit: 103 hernii de efort și în aproape toate cazurile efortul era fie ridicarea unei greutate, fie sforțări anormale de altă natură.

## II. Hernii posttraumatice.

În etiologie se acuză traumatismul exercitat direct asupra abdomenului. Așa vom găsi o tăetură de cuțit, o împunsătură, o lovitură de cal cum este în obs. IX, o împuscătură de glonte (obs. XII) care pătrunzând în regiunea abdomino-pelvică, determină un punct slab pe traiectul glonțelului care propice pentru herniere, extremitatea unei bare sau o piatră mare căzând pe abdomen. Cu oarecare bunăvoință se pot insera printre aceste hernii și cele rezultate printr'o cădere dela înălțime mai mare, sau printr'o săritură, unde traumatismul acționează în mod indirect. De pildă, o cădere dela o înălțime va da o distensie intraabdominală, peretele abdominal fiind șocat se pot produce dilacerari în

punctele mai slabe ale țesăturilor cari alcătuiesc acest perete, urmând la scurt interval și hernia. Desigur că factorul preponderant în acest caz, nu este direct traumatismul. Rar, hernia posttraumatică devine veritabilă *eventrație*. Apariția unei astfel de hernii (*eventrație*) este acompaniată de o simptomatologie dramatică: reacțiune peritoneală, fenomene sincopale, durere extrem de vie și cu o localizație precisă.

Simptomele herniei posttraumatice în cazuri de traumatisme generale minime — și cele mai frecvente — se confundă cu cele ale oricărei hernii banale.

Observația VIII K. F. Femeș, 61 ani, moașă. Nimic deosebit în antecedente. Acum 6 ani a căzut pe spate și în legătură cu acest accident i-a apărut o mică tumoretă pe linia mediană sub ombilie. Tumora se accentua la efort și tuse avea dureri, cefalee. Intră în serviciul clinicii la 16. IX. 1935 și e operată în 18. IX. 1935. Părăsește clinica pe pe data de 29. IX. 1935 vindecată.

Observația IX. F. F. bărbat, 21 ani, student. Nimic în antecedente. În urma unei lovituri de cal apare în regiunea inghinală dreaptă o tumoră de mărimea unei nuci, reductibilă și dureroasă.

Intră în Clinica chirurgicală din Cluj la 16 III. 1936 și fiind operat în 18 III. 1936 părăsește clinica complet vindecat în 1 IV. 1936.

Observația X. G. C. bărbat, 50 ani, lucrător, sărind dela o înălțime cam de un metru observă imediat tumefierea testicolului stâng, însoțită de o durere vie. Tumora progresează : jungând cât un pumn de adult. Refuză operația.

Observația XI. A. D. bărbat 13 ani. Cade dela o înălțime de 1,5 și imediat observă apariția în ambele regiuni inguinale o tumoră care coboară până în testicul, reductibilă și dureroasă. Intră în clinică la 8 - I 1935 și e operat în 9 I. 1935. Părăsește clinica în 16 I. 1935 vindecat complet.

Observația XII. C. V. bărbat, plugar, 62 ani. În timpul războiului în 1916 a fost împușcat de un glonte în coapsa stângă ajungând până în regiunea epigastrică. După extragerea glontelui av. a dureri, în aceeași regiune, mai ales în timpul efortului și la schimbarea timpului : apoi a apărut o tumefacție, pentru care vine în clinică în 13 II. 1935 și este operat în 15 II. 1935. Părăsește clinica vindecat în 26 II. 1935.

Din 314 hernii am găsit 15 hernii posttraumatice pe anii 1935 și 1936, manifestate fără simptome prealabile.

### III. Hernia postoperatorie sau recidivantă.

Recidivele de hernie în urma operațiilor, se produc de obicei la indivizii cari prezintă o predispoziție manifestă, cu toate că în câteva cazuri s'au văzut recidive așa zise de forță.

Prima operație, zice Berger, trebuie să fie considerată ca o predispoziție; dacă toți cei operați nu sunt niște predispuși, în schimb toți operații la cari au survenit recidive, erau predispuși. Dacă după operația primă, examinând rănitul prin explorarea regiunii, am reuși să prevedem o recidivă prin faptul că, constatăm în dreptul herniei un perete slab reconstituit sau putem găsi testicolul cu alterații prin leziunile canalului deferent — de exemplu.

Lucas Championier crede că herniile postoperatorii se manifestă până la 6 luni după operație. Această perioadă este prea scurtă și toți chirurșii au văzut hernii în aparență perfect conso idabile, recidivând la ani după operații.

Cum herniile recidivante presupun o predispoziție anterioară, este echitabil de a se atenua din acest motiv responsabilitatea accidentului.

Observația XIII F. I. bărbat, 47 ani, funcționar. Nimic important în antecedente. În 1916 a avut hernie inguinală dreaptă și a fost operat. În 1926 observă că reg. operată bombează fără alte simptome, până în 1934 când vrând să urce în autobuz simte o durere vie în aceeași regiune. În 28 X. 1935 se instalează o durere violentă — în urma unui efort — cu greață și vărsături, este transportat în această stare la clinică. Operat pe ziua de 28 X. 1935 părăsește clinica în 6 XI 1935 comp'ect vindecat.

Observația XIV S. A. femeie 41 ani, casnică. În antecedente nimic deosebit. Prima operație de hernie o suportă în 1934, iar după 3 luni reapare ca o tumoră pronunțată la efort și tuse, ușor sensibilă. Intră în serviciul Clinicei chirurgicale din Cluj pe data de 3 X. 1935 și este operată la 7 X 1935. În 17 X 1935 părăsește clinica vindecată.

Observația XV L. I. bărbat. 52 ani, muncitor. A suferit de lues la 18 ani. Prima operație în 1929 de hernie inguinală stângă ridicând niște pietre reapare cu fenomene mni intense în acelaș loc în Ianuarie 1935. Este operat a doua oară în 26 II 1935. Se vindecă.

Din numărul total de 314 hernii pe anii 1935—1936 am găsit 15 hernii postoperatorii sau recidivante. Din cb-

servațiunile de mai sus se poate deduce că simptomatologia este diferită, uneori cu fenomene mai intense, alteori mai ușoare. În privința apariției recidivei după prima operație nu se poate stabili o limită precisă, căci după cum am văzut sunt recidive care apar după un timp de ani cum este cazul în obs. XIII, sau la interval de luni, obs. XIV.

În clinica chirurgicală din Cluj găsim între anii 1935 și 1936 :

*Pe 1935 :*

Hernii de efort	76
„ posttraumatice	11
„ postoperatorii	15
„ cu diverse etiologii	107
<b>Total</b>	<b>209 cazuri hernii</b>

*Pe anul 1936 până acum :*

Hernii de efort	27
„ posttraumatice	5
„ postoperatorii	0
„ cu etiologie diversă	73
<b>Total</b>	<b>105 cazuri hernii</b>

## CAP. III.

### Tratamentul herniilor traumatice și evaluarea lor.

#### Tratamentul.

Herniilor căpătate din cauza unui accident în câmpul muncii nu diferă de tratamentul obișnuit al herniilor patologice. Putem aplica bandajul herniar în cazurile mai ușoare, când tumora nu este prea voluminoasă și nu sunt dureri accentuate. În acest caz individul își continuă munca fără a putea afirma că în asemenea condiții este în stare să dețină tratamentul obișnuit.

Cura radicală este tratamentul salutar însă se aplică într'o mică măsură deoarece în primul rând nu putem obliga pe herniar să accepte intervenția din proprie inițiativă.

După operație, în majoritatea cazurilor capacitatea lui de muncă este diminuată până la maximum 8 luni, în care timp lucrătorul trebuie să primească rentă.

În herniile complicate prin strangulație intervenția obișnuită este Kelotomia. Dacă lucrătorul care prezintă o hernie strangulată refuză operația — ceea ce echivalează cu o sinucidere — pierde dreptul de indemnizație sau de pensie pentru familie.

#### Evaluarea.

Deși toți autorii sunt de acord și admit hernia de efort, evaluarea însă este cât se poate de dificilă și variază după diferitele baremuri. Aceasta cu atât mai mult cu cât

se discută din ce în ce dacă accidentatul poate sau nu să fie obligat la o cură radicală.

În acest capitol voi căuta să arăt evaluarea după baremul Dr. Lucien Mayer.

**Hernia inguinală:** dacă o hernie unilaterală este operată și rezultatul curei radicale este excelent, evaluarea va fi zero la sută.

În caz că rezultatul este mediocru din punct de vedere cicatricial, îndemnizarea se va socoti după cicatrice. Se va considera în ce măsură cicatricea — fie că a prins aderențe, fie ca influențează vicios mișcările lucrătorului, etcf — i-l dispensează de muncă, sau i-o stingherește. Mici defecte după cura radicală, aduc cu sine o incapacitate de 1% până la 5%.

Herniile inguinale sau scrotale cari nu părăsesc cavitatea abdominală fiind interstițiale sau intraparietale dau un procent de 10%. Cele voluminoase și mai ales dureroase aduc o incapacitate de 15% până la 25%.

Agravarea sigur demonstrată a herniei bilaterale se evaluează într'un procent de 5% până la 15%.

Hernia crurală, ombilicală, epigastrică și a liniei albe, deși sunt excepționale ca fiind de etiologie traumatică dau un procent de 9—10%.

## CONCLUZII.

1. Hernia traumatică s'a întâlnit în cursul anilor 1935 și 1936 în clinica Chirurgicală din Cluj, un număr de 144 cazuri față de 314 hernii netraumatice ceea ce dă un procent de 45,86 %.
2. Herniile traumatice în general după varietățile lor, sunt astfel reprezentate numeric :  
Hernii de efort : 103 cazuri cu un procent de 71,10 %.  
Hernii post traumatice : 16 cazuri cu un procent de 11,11 %  
Hernii post operatorii : 15 cazuri cu un procent de 10,40 %.
3. În etiologia herniilor de efort factorul principal este efortul violent și anormal, sau un efort normal efectuat într'o poziție anormală.
4. Diagnosticul medico-legal al herniilor traumatice se bazează pe :
  - a) existența efortului mai sus descris sau a traumatismului,
  - b) durere violentă la locul de apariție,
  - c) fenomene generale ducând până la stări lipotimice cu întreruperea imediată a lucrului,
  - d) tumoră greu reductibilă, mai frecventă în regiunea inghinală,
  - e) eliminarea unei hernii preexistente.
5. Hernia post traumatică are o simptomatologie aparte care este în funcție de felul și intensitatea traumatismelor.
6. Hernia postoperatorie se produce pe un organism slăbit și se datorește traumatismului chirurgical și predispoziției locale a peretelui abdominal.
7. Evaluarea herniilor traumatice după Baremul francez este variabilă, în general incapacitatea variază între 0 la sută și maximum 30 la sută.

Văzută și bună de imprimat :

*Președinte :*

(ss). Prof. Dr. M. Kernbach

*Decan :*

(ss). Prof. Dr D. Michail

## BIBLIOGRAFIE

- Duvoir M.:* „A propos de la Hernie Accident du Travail“ — Bulletin Officiel de la Société de Médecine Légale de France. 13 Juin 1932.
- Duval P.:* A. Gosset, E. Jeanbrau, P. Lecène, Ch. Lenormant; „Precis de Pathologie Chirurgicale“. Masson et C-ie Paris 1924.
- Fredet P.:* A propos des Hernies: „Hernies inguinale et Traumatismes.“ Bulletin officiel de la Société de Médecine Légale de France 13 Juin 1932.
- Forgue et Jeanbrau:* „Guide pratique du médecin dans les accidents du travail“.
- Imbrct Leon :* C. Oddo, P. Chavernac: „Guide pour l'Evaluation des incapacités.“ Masson et C-ie 1932.
- Lupaşcu I.:* „Hernia accident de Muncă.“ Teză.
- Dr. Mayet Lucien :* „Bareme pour L'evaluation somair de L'I. P. P. resultant des Accidents du Travail,“ A. Poinat, Paris 1932.
- Dr. Michel M.:* „Peut-on forccr un ouvrier atteint de Hernie a subir une cure radicale?“ Bulletin officiel de la Société de Médecin Légale de France. Marş 1933.
- Minovici M.:* „Tratat complect de Medicină Legală. Socec et Cie Bucureşti 1928.
- Patel M.:* „Traité de chirurgie.“ Le Dentu et Delbet.
-