

PATOGENIA ȘI TRATAMENTUL HERNIILOR INGHINALE ȘI INGHINO-SCRÔTALE STRAN- GULATE



DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE 8 APRILIE 1937.

DE

OCTAVIAN I. BORCOMAN

CLUJ

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
Str. Memorandului 22.

PATOGENIA ȘI TRATAMENTUL
HERNIILOR INGHINALE
ȘI
INGHINO-SCRÔTALE STRAN-
GULATE



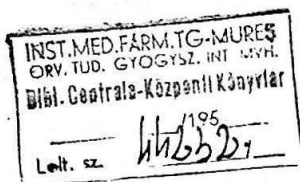
DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ ÎN ZIUA DE APRILIE 1937.

DE

OCTAVIAN I. BORCOMAN

23 MAY 2005



C L U J

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „ARDEALUL”
Str. Memorandului 22.

UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I“, CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ

Decan: Domnul Prof. Dr. D. MICHAÏL.

Profesor:

Clinica stomatologică	Prof. Dr.	Aleman I.
Istoria medicinei	" "	Bologa V.
Bacteriologie	" "	Baroni V.
Patologia generală și experimentală	" "	Botez A. M.
Clinica oto-rino-laringologică	" "	Buzoianu G.
Clinica ginecologică și obstetricală	" "	Grigoriu Cr.
Istologia și embriologia umană	" "	Drăgoiu I.
Semiologie medicală	" "	Goia I.
Clinica medicală	" "	Hațieganu I.
Clinica chirurgicală } Medicina operatoare }	" "	Pop A.
Medicina legală	" "	Kernbach M.
Farmacologia și farmacognozia	Supl. "	Popoviciu Gh.
Clinica infantilă	Prof. "	Popoviciu Gh.
Clinica oftalmologică	" "	Michail D.
" neurologică	" "	Minea I.
Igienă și igienă socială	" "	Moldovan I.
Radiologia medicală	" "	Negru D.
Anatomia descriptivă și topografică	" "	Papilian V.
Fiziologia umană	Supl. "	Drăgoiu I.
Balneologie	Prof. "	Sturza M.
Clinica dermato-venerică	" "	Tătaru C.
" urologică	" "	Țeposu E.
Chimia biologică	" "	Thomas P.
Clinica psihiatrică	" "	Urechia C.
Anatomia patologică	" "	Vasiliu T.
Chimie	Agr. "	S. Secăreanu
Fizică	Conf. "	N. Bărbulescu

JURIUL DE PROMOȚIE

Președinte: Domnul Prof. Dr. Al. Pop

Membri :	}	Domnul Prof. Dr. E. Țeposu
		" " " D. Michail
		" " " M. Kernbach
		" " " Gh. Popoviciu

Supleant: Domnul Doc. Dr. M. Nichita

INTRODUCERE

Strangulările herniilor depășesc cadrul chirurgiei și interesează deopotrivă și pe medicul practician. Dacă chirurgul prin intervenția oportună poate să salveze pe bolnav dela o moarte aproape sigură, tot acelaș rol și-l poate asuma și practicianul, dacă printr'un diagnostic sigur și precoce îndrumă bolnavul la chirurg din timp.

La noi această chestiune își are o importanță mult mai mare ca în Apus, prin faptul, că cultura medicală a pătruns așa de puțin în mentalitatea marelui public, încât mulți bolnavi — purtători de hernii — nu numai că nu se tratează, dar nici nu consultă un medic, decât în momentul ultim când a apărut strangularea herniară. Datoria practicianului este ca cel puțin în ceasul al 12-lea să salveze pe acești bolnavi, cari fie din neglijență, fie din ignoranță nu l-au consultat mai înainte.

În lucrarea mea voi studia strangulările herniilor în canalul inghinal, care e sediul lor cel mai frecvent, cu considerație asupra cazurilor din Clinica Chirurgicală din Cluj, de sub conducerea Dlui Prof. Dr. Alexandru Pop.

Mulțumesc din tot sufletul, pe această cale, Domniei Sale pentru onoarea ce mi-a făcut, încredințându-mi lucrarea acestui subiect.

GENERALITĂȚI

Prin hernie, într'o accepțiune mai largă a cuvântului se înțelege eșirea parțială sau totală a unui organ, din învelitoarea în care e conținut în mod normal.

În chirurgie se obișnuiește să dea un înțeles mai restrâns acestui cuvânt, designând eșirea, mai mult sau mai puțin complectă a viscerelor așezate între bolta diafragmatică și planșeul pelvian, prin pereții cavității abdomino-pelviene.

Pereții acestei cavități nu prezintă peste tot o solidaritate egală, având puncte cu rezistență mai slabă — *zone herniare* — pe unde visceralele abdominale, epiploonul și intestinul mai ales pot părăsi sediul lor natural pentru a apărea sub piele, sau la exterior sub formă de tumori. Ele împrumută numele regiunii anatomice, prin care apar.

Din punct de vedere etiologic, excluzând herniile traumatiche, vorbim de hernii congenitale și câștigate. Primele sunt efectul unei dispoziții embriologice, care stabilește o comunicare între cavitatea abdominală și exterior, prezentându-se dela naștere, sau avem numai sacul preformat în care ulterior se poate desvolta hernia. Cele câștigate sunt rezultatul diminuării excesive a rezistenței punctelor slabe, sau dilatării canalelor care conduc pachetele vasculo-nervoase, cari în cele din urmă cedează, lăsând cale liberă viscerelor abdominale, în urma presiunii intra abdominale, la care se asociază cauze predispozante, cari joacă un mare rol în producerea lor (insuficiența musculaturii abdominale, rolul grăsimii subperitoniale).

Anatomo-patologic, herniile prezintă un conținut și o învelitoare, un sac. Acesta este un veritabil diverticul al peritoneului, care închide organele prolabate, cu o formă variabilă, în diferite cazuri, însă format totdeauna din trei porțiuni: gâtul, corpul și fundul sacului. La

nivelul gâtului sau coletului mucoasa peritoneală se pliează radial, convergând către centrul orificiului de ieșire. Culoarea mucoasei nu diferă la început de a peritoneului normal, cu timpul însă suprafața internă a sacului își modifică culoarea, condiționată de sclerozările cari se produc. Aceste sclerozări la nivelul coletului, fixând plăcile mucoasei, pot fi ele însăși o cauză a strangulării ulterioare a herniei. Trebuie să menționez aici cazurile de hernie unde lipsește sacul (hernii exomfale) sau herniile cu diferite anomalii a sacului. In ce privește conținutul herniilor, intestinul subțire, gros și epiploonul sunt organele cari de obicei le întâlnim, natural că putem găsi și alte organe, în special vesica și la femej anexele.

După aceste considerațiuni generale, asupra herniilor, voi descrie în mod sumar anatomia canalului inghinal, voi face câteva considerațiuni asupra varietăților anatomice și mecanismul de producere a herniilor inghinale nestrangulate, *inzistând apoi asupra celor strangulate cu clasificarea, etiologia, patogenia, anatomia patologică și tratamentul lor, cari formează obiectul acestei lucrări.*

CANALUL INGHINAL

Canalul inghinal prezintă o importanță de primul ordin, căci prin orificiile sale și de cele mai multeori urmând traiectul său, viscerele ies din cavitatea abdominală, pentru a constitui herniile inghinale și inghino-scrotale.

Canalul inghinal, situat imediat deasupra arcadei crurale este oblic dirijat de sus în jos, din afară înlăuntru și dinapoi înainte. Drumul pe care îl urmează, se găsește situat în partea internă a regiunii inghinale, între spina pubelui și partea mijlocie a arcadei crurale. Cordonul spermatic, eșind din cavitatea abdominală, pentru a ajunge la testicol, urmează acest traiect, care e mai mult un intersfîșiu, după clasici recunoscându-i-se patru pereți și două orificii, i-s'a dat numele de canal.

1. *Peretele inferior.* Acest perete se poate împărți în două părți: o parte externă reprezentată de ultimele fibre de inserțiune a micului oblic și transversului și o parte internă, arcada crurală ridicată ca un șgheab.

2. *Peretele superior.* Acest perete este reprezentat în porțiunea sa externă de fibrele inferioare ale mușchiului micului oblic și transversului; uneori el nu există.

3. *Peretele anterior.* Acest perete este format de aponevroza marelui oblic, care la mijlocul arcadiei lui Fallope se inseră pe marginea anterioară a osului coxal. În porțiunea sa externă, aceasta aponevroză este dublată de fibrele musculare inferioare ale micului oblic și ale transversului. În porțiunea sa internă ea există singură și începe a se diviza în două bandelete distincte, în vecinătatea spinei pubelui.

4. *Peretele posterior.* Acest perete, constituit de fascia transversalis, a cărei legătură, jos, cu buza internă a arcadiei va constitui patul cordonului. Fascia este întărită în unele părți ale întinderii sale de formațiuni fibroase, cari sunt începând dinlauntru înafară și dinainte înapoi:

a) Ligamentul lui Colles (fibrele marelui oblic din partea opusă mergând să se insere pe pubis).

b) Tendonul conjunct (Tendon comun a micului oblic și a transversului) a cărui inserție se face îndărătul precedentului, pe creasta pectinială și pe partea internă a spinei pubelui. Astfel micul oblic și transversul aparțin în acelaș timp peretelui anterior prin fibrele lor musculare și peretelui posterior prin fibrele lor tendinoase.

Acest ansamblu formează, după expresia lui Gergoire, bolta unei punți aruncată deasupra cordonului.

c) Ligamentul lui Henle (expansiunea laterală a marelui drept după Gilis) mai mult sau mai puțin ascuns de tendonul conjunct, după dezvoltarea mai mult sau mai puțin accentuată a acestuia.

d) Ligamentul lui Hesselbach: condensarea fibrelor fasciei transversale, care la nivelul marginei interne a inelului profund, descrie un arc cu concavitatea supero-externă. Ramura ascendentă a acestui arc se confun-

dă cu arcada lui Douglas, ramură orizontală merge de-a lungul marginii superioare a bandelei ilio-pubiene.

Formațiunile fibroase următoare: Ligamentul lui Colles, tendonul conjunct, ligamentul lui Henle nu se aliniază unele lângă altele, însă se întretaie în așa fel, încât, cu cât se depărtează de linia mediană, cu atât peretele posterior se subțiază. Există o zonă cuprinsă între ligamentul lui Hesselbach și Henle, care este redusă la fascia transversalis.

În rezumat peretele posterior a canalului inghinal prezintă două regiuni, cari solicită în mod particular hernie. Una condiționată de însăși slăbiciunea sa constituțională, alta prin simplul fapt, că lasă trecerea cordonului. La indivizii normali aceste elemente predispozante sunt bine contrabalansate de dezvoltarea mușchilor și de rezistența aponevrozelor.

Cercetând după ablația peritoneului, peretele posterior, observăm că e constituit din fascia transversalis, întărită în unele părți cu fascicule fibroase și ligamente, iar la nivelul pe unde trece artera epigastrică, rămâne constituit dintr'o foiță celulo-fibroasă constituind punctul slab — *zona herniară* — a peretelui inghinal posterior. Examinat fără a ridica peritoneul, prezintă sub seroasă trei ridicături ușoare: uraca, resturile fibroase ale arterei ombilicale și ale arterei epigastrice. Aceste ridicături delimitează tot atâtea depresiuni ale peritoneului, la baza lor, pe care Tillaux le numește fosete inghinale, constituind punctele slabe, herniare, una externă, alta mijlocie și a treia internă.

Dintre cele trei fosete, cea internă corespunde părții celei mai rezistente a peretelui inghinal, explicând și raritatea herniilor la acest nivel. După foseta pe care viscerele și-au ales-o pentru a prolaba, vorbim în ordinea frecvenței descrescânde, de hernii oblice externe, hernii directe și hernii oblice interne sau vesico-pubiene.

Orificiile canalului inghinal, în număr de două, sunt: orificiu cutanat și orificiu profund.

Orificiu cutanat situat în vecinătatea spinei pubelui, e constituit din două fascicule de fibre, provenind din oblicul mare, formându-i un stâlp supero-intern și

altul infero-extern, reunite de fibrele arciforme, care-i diminuează orificiul și-l delimitează în partea sa super-externă. Se înțelege că prin acest aranjament al stâlpilor orificiului, poziția cea mai favorabilă în care trebuie plasat bolnavul după operația de hernie, pentru a închide mai bine inelul inghinal, este extensiunea și aducția coapsei.

Orificiu profund, sau superior al canalului inghinal corespunde porțiunii mijlocii a arcădiei crurale. E o fantă verticală mărginită înăuntru printr'o plică falciformă (lig. lui Hesselbach).

Dupăce în mod rapid am cunoscut constituția canalului inghinal, cred că este util de a arăta raportul orificiilor cu fosetele inghinale, cari au fost descrise la studiul peretelui posterior al canalului inghinal.

Orificiul inferior al canalului inghinal, prin porțiunea sa cea mai internă corespunde fosetei peritoneale interne prin porțiunea cea mai externă, corespunde fosetei mijlocii. Se înțelege că, o ansă intesinală, care se angajază prin foseta internă, ca se ajungă la orificiul cutanat al canalului, trebuie să parcurgă un traiect oblic în jos și în afară — hernii inghinale oblice interne.

Herniile cari să produc prin foseta mijlocie, urmează un traiect direct dinapoi'nainte — hernii directe.

Varietățile anatomice și mecanismul de producere al herniilor Inghinale nestrangulate

Pentru a fi cât mai complet, cred că este necesar să mă ocup foarte pe scurt, în acest capitol, de herniile inghinale nestrangulate.

În general, le împărțim în două mari grupe: hernii inghinale congenitale și câștigate.

Herniile inghinale congenitale. În acest caz găsim sacul preformat dela naștere și uneori și hernia, alteori hernia apare mai târziu sub influența unei cauze ocazionale oarecare, în adolescență, sau chiar în vârsta adultă. Sacul herniei congenitale e constituit de canalul peritoneo-vaginal. Formația acestui canal e legată de descinderea testicolului. La naștere, testicolul se găsește în burse învelit în seroasă peritoneală, care comunică larg cu cavitatea abdominală. La 10—20 zile după naștere canalul peritoneal se atrofiază, devine fibros, lăsând testicolului o învelitoare seroasă care va constitui vaginala. Aceasta este evoluția normală. În unele cazuri poziția fetală poate persista în totalitate sau în parte, legată sau nu și de anomalii de migrare testiculară, constituind substratul anatomic al herniilor congenitale și hidrocelului congenital al regiunii inghino-scrotale. Se pot distinge în general patru varietăți ale acestei anomalii a canalului peritoneo-vaginal. Într-o primă varietate, canalul peritoneal persistă în întregime. Dacă o revarsare de lichid se produce în interiorul canalului, lichidul acumulat în vaginală poate să se reverse și în cavitatea peritoneală, constituind hidrocelul congenital comunicant. În acest canal se pot angaja ansele intestinale, cari pot ajunge până la nivelul testicolului, constituind *hernia congenitală testiculară*. Această hernie se poate ușor strangula la nivelul punctelor strâmte ale ca-

nalului, mai ales la adult unde supleța extensiunii nu mai există ca la copil.

Intr-o a doua varietate singura porțiune a canalului inghinal care mai persistă, e cea inferioară, în partea superioară fiind complet închis. Aci se poate desvolta ușor un hidrocel funiculo-vaginal.

În varietatea treia, obliterarea se face numai în porțiunea de tot superioară, putând da naștere și aici unui hidrocel, care aici ia numele de hidrocel bilocular, fiindcă cei doi lobi constituenți se găsesc în două regiuni diferite, spre deosebire de precedentul, care era localizat numai în scrot.

În varietatea patra, canalul peritoneo-vaginal nu se obliterează, însă el prezintă, în porțiunea scrotală mai ales, un număr de despărțitori. În asemenea cazuri intestinul se poate angaja în porțiunea superioară despărțitorilor. Dacă nu există decât o singură despărțitoare, care separă vaginala de canal, hernia poate să ajungă în contact cu seroasa testiculară, care poate prezenta concomitent cu hernia un hidrocel, care e apăsător din partea superioară de hernie. Vorbim în acest caz de *hernie închisată a tunicii vaginale*.

Dacă există mai multe despărțitori, se poate vedea deasupra ultimei despărțitori o hernie și între prima și a doua se poate forma un chist al cordonului — *hernie funiculară cu chist al cordonului*. Dacă despărțitoarea închide canalul peritoneo-vaginal la oarecare distanță de orificiul inghinal extern, hernia se produce la rădăcina scrotului, înaintea peretelui abdominal — *hernie inghinală-superficială*. — Dacă separarea se produce la nivelul orificiului inghinal extern, hernia se produce în grosimea mușchilor pereților abdominali — *hernie inghinală interstițială*.

În sfârșit, dacă e obliterat la nivelul orificiului inghinal profund, hernia se produce în țesutul celular subperitoneal între peritoneul decolat și peretele muscular al abdomenului — *hernii inghinale properitoniale*. —

La aceste trei varietăți din urmă, ectopia testiculară joacă un rol important, întrucât însăși testicolul ectopiat poate fi agentul opturator la nivelurile respective.

La aceste varietăți ale herniilor congenitale legate de anomalile canalului peritoneo-vaginal se poate atașa *hernia perineală*, care e condiționată de anomalia migrației testiculare. Hernia și testicolul se insinuiază sub pielea perineului, în loc de a descinde în bursă.

Această grupă a herniilor inghinale congenitale cuprinde întotdeauna varietatea oblică externă.

Herniile inghinale câștigate. Se pot produce prin una din cele trei fosete inghinale descrise la studiul peretelui posterior al canalului inghinal. Am văzut raportul lor cu canalul inghinal și în acelaș timp am arătat ordinea frecvenței herniilor după fosetele respective, rămânând ca acum să le tratez foarte pe scurt pe fiecare în parte.

Prima în ordinea frecvenței e *hernia oblică externă*. Numele de câștigată poate că e puțin cam impropriu, căci în marea majoritate a cazurilor realitatea e alta.

La nivelul orificiului profund al canalului inghinal, sub forma unui infundibul persistă un rest al canalului peritoneo-vaginal, pe unde se începe coborârea seroasei peritoneale cu ansele intestinale, pentru a forma începutul herniei. E mai mult o hernie câștigată prin evoluție congenitală prin debut. Hernia poate rămâne localizată numai la nivelul acestui infundibul, sau poate parcurge întregul traect al canalului inghinal, fără a-l depăși dând naștere herniei așa zise hernii *intraparietale*, sau *intraanghinale*.

În evoluția ei tumora herniară poate părăsi canalul inghinal, localizându-se la nivelul stâlpilor, care am văzut că constituiesc orificiul extern al canalului, dând naștere herniei inghino-pubiene, sau *bubonocel*. În sfârșit, tumora poate să ajungă până în scrot, mai aproape sau mai departe de testicol, constituind hernia *inghino-scrotală*. Aceste hernii rămân numai la începutul lor așa cum au fost descrise, pentruca cu timpul învechindu-se, să devină secundar, directe. La început au două colete, unul la orificiul inghinal profund, altul la orificiul inghinal superficial. Ulterior, cele două orificii se desvoaltă în senz invers, cel profund înlăuntru, cel su-

perficial în afară, ajungând față în față transformând formația herniară într'o porțiune strâmtată la nivelul peretelui abdominal, alta dezvoltată larg în scrot. Pediculul herniei e întotdeauna individualizat mai mult sau mai puțin larg după volumul și vechimea herniei. El e totdeauna situat înafara epigastrice, fapt important de cunoscut, pentru că în caz de strangulare, debridarea coletului să se facă înafară. Aceiaș importanță o prezintă conexiunile sacului cu cordonul spermatic. Tumoră herniară în raport cu cordonul poate să prezinte două eventualități: fie că au o tunică fibroasă comună — hernie intrafuniculară — sau e situată înafara acestei fibroase — hernie extrafuniculară. În varietatea congenitală propriuzisă, cordonul e situat pentru porțiunea extra-înghinală în peretele postero intern al canalului peritoneo-vaginal. În traectul înghinal e în jos și înapoi.

În herniile câștigate sacul rămâne în interiorul cordonului cu o fibroasă comună, putând lua poziții variabile față de elementele cordonale, cele mai deseori rămânând în afara lor. Uneori e situat în mijlocul elementelor cari compun cordonul; deferentul, organ periculos în liberarea sacului și care trebuie totdeauna bine reparat, e atunci mai adesea înapoi sacului herniei. O importanță mare are raportul herniilor cu artera epigastrică mai ales în timpul intervenției.

Herniile directe. Sunt condiționate de deficiența musculară a pereților; corespund fosetei mijlocii și formează tipul cel mai frecvent al herniilor zise prin slăbiciunea pereților. Masele intestinale, uneori și vezica coboară direct nu prin orificiul profund al canalului înghinal, ci înaintea lui și a arterei epigastrice. În timp ce, hernia oblică externă prezintă totdeauna un colet net marcat, sacul herniei directe se prezintă sub aspectul unei pungi comunicante largi, cu cavitatea peritoneală. Uneori hernia poate să ajungă până în bursă, devenind înghino-scrotală mai rar, căci de obicei rămâne de dimensiuni moderate. Aceste hernii au tendință mică la strangulare, spre deosebire de precedentele.

Hernii oblice interne, sau vezico-pubiene. Ca și precedentă este o hernie prin deficiența mușchilor abdomi-

nali. Apare deasupra pubisului, ridicând tendonul mușchiului drept, tendonul conjunct și ligamentul lui Colles. Ea iese de cele mai multeori înaintea orificiului inghinal superficial, e deci mai mult o hernie suprapubiană, decât inghinală. Am văzut că foseta inghinală internă, pe unde să produc aceste hernii, corespunde părții celei mai rezistente, a peretelui posterior a canalului inghinal explicând și raritatea lor; apariția lor e mai mult legată de o aplazie și o deficiență musculo aponevrotică considerabilă, întâlnindu-se mai des la bătrâni.



Strangulările herniilor inghinale și inghino scrotale

Strangularea herniilor este o complicație destul de frecventă și în acelaș timp destul de gravă, care înlătură orice tratament conservator și cere intervenția radicală, căci expune fatal bolnavul gangrenei organelor herniate, dacă nu se intervine la timp pentru a înlătura agentul strangulant. Viscerele herniate sufer o construcție bruscă, care împiedică reducerea lor, oprește cursul materiilor intestinale, împiedică circulația sângelui, ducând grație ischemiei produse și complicațiilor infecțioase, la gangrena intestinului.

Discuțiunile patogenice asupra strangulării constituie un capitol de patologie destul de controversat chiar și azi. Fapt important este însă, că aproape toate herniile se pot strangula, cele mici mai adesea ca cele mijlocii și acestea mai des ca cele mari și odată strangulate pot foarte ușor duce la septicemie și la moartea bolnavului.

CLASIFICARE.

Din punct de vedere topografic, le împărțim în hernii inghinale strangulate și hernii inghino-scrotale strangulate. După debut le împărțim în hernii inghinale congenitale strangulate și hernii inghinale dobândite strangulate. După felul prezentărilor le împărțim: în hernii inghinale strangulate simple și hernii inghinale strangulate complexe.

Prima grupă cuprinde herniile inghinale și inghino-scrotale, intestino-epiploice comune recent strangulate, fără anomalii și fără complicații.

Grupa a doua cuprinde: 1. herniile aderente; 2. anomaliiile de sac (dublu sac, diverticuli, hernii properitoneale); 3. hernii cu conținut anormal (vesică, ovar, trompă, apendice etc.); 4. hernii complicate printr'un taxis anterior.

Hernii aderente. În acest caz, mai ales herniile vechi, își pierd independența în interiorul sacului și debridarea agentului strangulant, nu e suficientă pentru reducere. În unele cazuri un mare pachet al epiploonului aderent, încapsulează în interiorul lui o ansă subțire, alteori fuziunea e mult mai intimă și membrane groase, alburii, fixează epiploonul și sacul într'un corp comun.

Uneori la fundul sacului se fixează ansele prin tractusuri groase, cordoane fibroase rezistente, cari sunt un obstacol serios în timpul operației. Tot în această grupă se încadrează și herniile cecului și ale „S“ iliac, zise prin alunecare, caracterizate printr'un sac incomplet, neexistând decât înainte și de multeori de dimensiuni foarte reduse. Procesul intim al acestor cazuri e acela care în mod normal fixează colonul la peritoneul posterior, în abdomen, însă în loc să se întâmple în abdomen, are loc în sacul herniar.

Hernii cu anomalii ale sacului. În unele cazuri, herniile se pot prezenta cu o anomalie a sacului, care se prezintă ca un dublu sac, separat printr'o despărțitoare seroasă comună, dându-i un aspect bilobat. În ambele pot pătrunde ansele intestinale, având însă un colet comun. Mai rar ne găsim în fața a două colete în fața a doi agenți strangulanți.

Alteori sacul poate prezenta într'un punct al feței sale interne un diverticul mai mult sau mai puțin voluminos, în care se plasează o porțiune strangulată a intestinului. O parte a herniei rămâne reductibilă și moale, iar cea din interiorul diverticului e mai dură și nu se reduce.

„Tumora e moale în totalitatea ei — zice Pierre Debet — sonoră la percuție, însă la o palpație mai atentă, se recunoaște înapoia tumorei o masă dură, întinsă și dureroasă“. Agentul strangulant în acest caz e produs de orificiul care face să comunice diverticulul cu sacul principal.

Herniile properitoniale sunt hernii cu dublu sac, cari comunică însă, unul exterior, intra-inghamal, altul

mai profund intra-abdominal așezat între peritoneul parietal și fascia transversalis. Cel din urmă e mai mult o pungă peritoneală, care poate fi reminiscență a canalului peritoneo-vaginal, sau această pungă poate lua naștere în urma unui taxis, cum susține Gosselin și Kronlein. Rokitansky spune că ar fi diverticuli peritoneali măriți de presiunea anselor, cari se localizează acolo și apasă continuu. E interesant faptul, că aceste hernii se manifestează numai după ce s'au strangulat și uneori apariția lor e spontană, concomitentă cu încercarea de reducere a herniei din sacul inghinal. Explicația ar fi, că în timpul reducerii, masele intestinale cu sacul, se angajează în punga properitoneală unde se strangulează, în loc se reîntre în abdomen.

Herniile inghino interstițiale sunt aproape întregi localizate în peretele abdominal și strangularea este foarte sus, în afara orificiului inghinal profund. În formele simple ale acestor hernii, sacul nu pătrunde în canalul inghinal, ci se întinde în sus și înăuntru către ombilic, decolând planurile peretelui abdominal. În general în aceste cazuri orificiul inghinal profund e strâmt și testicolul etopiat. În cazuri mai rare, o prelungire a sacului trece prin orificiul intern al canalului inghinal, descinzând către bursă, restul rămânând deasupra lui, dând naștere unei hernii în bisac. Agentul strangulant, în aceste cazuri poate fi localizat, sau la orificiul inghinal profund, sau poate fi sus și înafara lui, la punctul inițial de decolare al planurilor pereților abdominali.

Herniile strangulate retrograde, au fost descrise întâi de Schmidt. Maydl o numește hernie în W. Ce caracterizează această hernie, e faptul că în sacul herniar sunt două anse legate cu a treia — ansă intermediară — care este situată în cavitatea abdominală, deasupra inelului de strangulare și care e strangulată și uneori sfacelată. Acest tip rar de strangulare prinde apendicele, trompa, etc. Aceste hernii se dezvoltă fie primitiv, sau „d'embrèe“ fie în mod secundar. În primul caz, în sacul herniar se angajează două anse, fie concomitent, fie în doi timpi, rămânând între ele o ansă, ce nu descinde în sac. În cazul herniilor retrograde secundare, fie că a-

vem două orificii herniare și ansa ce intră printr'unul iasă printr'altul, fie că în caz de hernie voluminoasă cu un orificiu herniar larg, încercând să reducem hernia, vom reuși să repunem în abdomen numai partea mijlocie a ansei, care diminuând orificiul herniar, va da astfel naștere unei hernii strangulate în „W“.

Herniile strangulate prin ciupirea laterală a intestinului se observă mai rar în herniile inghinale, mai des în cele crurale. O singură porțiune a peretelui intestinal, este angajată în zona constrictoare. Hernia propriu zisă e mică, un indiciu foarte prețios de a o bănuși în caz de fenomene de strangulare. Patogenia acestei hernii este destul de neclară. Se crede că la originea ei este o hernie completă, care sub influența continuă a musculaturei, sau prin manopere de reducere s'ar reține numai partea respectivă din peretele intestinal, partea mezenterică degajându-se din inel.

Hernii strangulate cu conținut anormal.

În acest caz se semnalează hernia vezicii, a apendicelui, ovarului sau trompei. Aceste hernii se pot izola și strangula pe contul lor propriu, sau să asociază cu o hernie intestino-epiploică.

În cazul entero-cistocelului strangulat, vezica poate să fie în sac, sau în afara lui; mai adesea se găsește în afara lui, înlăuntru și puțin înapoi, încurcând mult intervenția, deoarece din necunoaștere se poate ușor leza.

Hernii transformate, sau complicate prin taxis anterior. Un taxis, prin reducere în masă a herniei, sacul și conținutul fiind ridicat împreună, își pot conserva conexiunile reciproce și transversând inelul inghinal profund, hernia rămâne tot strangulată.

În alte cazuri taxisul deplasează conținutul sacului, însă în loc să-l facă să reîntre în cavitatea abdominală liberă, îl face se între într'un diverticul al sacului, într'o lojă anexă, vecină cu coletul, cele mai adeseori prope-ritonială, care se pretează ușor la o nouă încarcerare.

În cazul unui taxis brutal, sacul să poate rupe dedesubtul coletului, reîntre în țesutul celular subperitoneal cu inelul strangulant strâns legat de ansă.

În sfârșit în unele cazuri, deși reducerea conținutului herniar, s'a făcut în mod destul de favorabil, intestinul prin bridele epiploice, aderente de colet, se cudurează, strangulându-se ușor. În asemenea cazuri, în timpul intervenției, trebuiesc făcute incizii inghinale prelungite, dacă e nevoie chiar hernio-laparatomii.

Taxisul poate fi urmat și de alte complicații, prin faptul că poate se reducă în cavitatea abdominală o ansă perforată sau pe cale de perforație, un epiploon sfacelat, cari pot duce la o peritonită generalizată. În asemenea cazuri e nevoie de o laparatomie mediană, îndepărtarea ansei perforate și drenaj.

ETIOLOGIE.

Strangularea, după vârsta se observă mai des la adulți și bătrâni, decât la copii. La copii această complicație nu se întâmplă decât la herniile congenitale. Supleța inelului seros la această vârstă explică strangulările ușoare, cari cedează anesteziilor, sau băilor calde. Strangulări adevărate există totuși și se observă aproape exclusiv în primele șase luni după naștere.

Bandajele în herniile reduse și menținute în această situație expun ușor strangulării. În timpul cât hernia este redusă, inelele fibroase naturale, sau coletul sufăr o condensare și o retractare, micșorând orificiul prin care viscerele herniază. Un efort oarecare (acces de tușă, contracție musculară forțată) împinge brusc viscerele prin acest orificiu strâmtat, sau îi mărește brusc conținutul, dacă e vorba de o ansă intestinală, oferind în acest fel o condiție prielnică strangulării.

După sex, bărbații sunt mai adesea atinși de strangulări, ca femeile, fie din cauza constituției speciale a canalului inghinal, fie din cauză, că sunt mai des expuși eforturilor, mai ales, că profesiunea este un moment etiologic destul de important în apariția strangulărilor herniare.

Ca sediu, herniile din dreapta se strangulează mai des, ca cele din stânga. În ce privește apariția strangu-

lării în evoluția herniilor, se constată că, cazurile cele mai frecvente apar la un timp mai îndelungat dela apariția herniei.

Strangularea deobicei, se produce la nivelul pediculului herniei. Agentul strangulant fiind mai ales coletul herniei. În herniile congenitale intestinul pătrunzând sub presiunea bruscă în canalul peritoneo-vaginal, imperfect închis, se strangulează în unul din diafragmaele lui, asistând la apariția herniei și în același timp la încarcerarea ei. Aceasta nu e însă propriu zis o strangulare prin colet, ci un tip particular de strangulare prin sac. În cele câștigate, menținute prin bandaj, țesuturile herniei să găsească supuse unei iritații cronice, care duc la o îngroșare și sclerozare a coletului, care devine rigid și inextensibil, oferind masei intestinale agentul strangulant. Natural, că pe lângă condițiile oferite de coletul herniei și inelul inghinal sub influența aceluiași cauze, contribuie și el uneori la strangulare. Alteori (strangularea mixtă alui Gosselin) prin sclerozarea foitelor celuloase, care mărginesc sacul, întărind inelul fibros, care aderă de colet și acești doi factori — inelul și coletul — își cumulează acțiunea printr'o ireductibilitate bruscă a conținutului herniar.

În vechile hernii inghinale și inghino scrotale cu puseuri repetate de strangulare incompletă, cari au dus la un grad de inflamație a peritoneului herniat, se produc bride, cari determină fie o cudură, fie o strictură, fie uneori fuziuni ale anselor, cari duc la ocluzie intestinală. Tot aici trebuie amintită strangularea prin volvulus herniar.

PATOGENIE.

Chestiunea cunoașterii agentului care produce constricția intestinală și care provoacă astfel gangrena, nu rezolvă întreg ansamblul problemei și rămâne un mare semn de întrebare asupra mecanismului intim al strangulării. Rolul agentului strangulant este de obicei pasiv; el se comportă nu numai ca un sfincter contractil sau elastic, care poate oricând să strictureze intestinul,

ci și ca un cerc rigid, prin care intestinul angajat la un moment dat nu mai poate trece înapoi.

Cum se explică că o ansă intestinală până aici reductibilă și care într'un sens a putut străbate prin punctul strangulant, îi este interzis a trece în sensul opus?

O sumedenie de teorii, unele mai ingenioase ca altele, mai aproape sau mai departe de adevăr, au căutat să explice această problemă. Oricât de convingător ar părea, totuși explicația pe care o dau, e insuficientă, neputându-se explica diferite cazuri disparate, cari se pot vedea, cum ar fi bunăoară o strangulare care se instalează progresiv și nu ajunge să fie completă, decât după un timp oarecare. Aceste teorii, cele mai multe bazate pe experiențe pe cadavre, nu țin socoteală, decât de elementul mecanic al problemei, fără a considera anumite fapte, cari se petrec pe viu (edem, stază etc.).

O'Beirn, credea că a rezolvat problema printr'o experiență foarte simplă. Într'un carton a făcut o gaură de dimensiunea unei piese de 50 centime. A introdus în această gaură o ansă intestinală prin convexitatea sa, la unul din capete fixându-i printr'o ligatură o sondă prin care însufla aer. Cât timp însufla încet, aerul circula prin ansă, eșind prin capătul opus, când sufla brusc ansa se destindea, aplicându-se pe conturul deschizăturii, producându-se strangularea ei. La fel — zice el — s'ar explica strangulările pe viu prin distensia bruscă produsă de lichidul și gazele cari trec în ansă sub influența presei abdominale. Natural, că trebuie să intervină aici un nou factor, care să explice de ce într'un caz se produce strangularea și în altul nu se produce.

Richter explică acest lucru prin elasticitatea inelului herniar, care revine asupra lui însuși, după ce a fost distins printr'un efort brusc. Alții au invocat contractura reflexă a musculaturii, care ar strâmta inelul (strangularea spasmodică alui Scarpa).

Busch explică ireductibilitatea prin ocluzia capătului eferent, prin tendința care o are lichidul și gazele de a destinde ansa în direcții ce o depărtează de punctul de pătrundere.

Lossen explică strangularea prin astuparea celor

două capete — aferent și eferent — ale ansei ce trece prin inel, prin presiunea pe care o exercită mezenterul la nivelul lor. Considerând o ansă herniată ireductibilă, mezenterul se prezintă la nivelul punctului de trecere ca un dublu con, care se atinge prin vârfuri. Un con mezenteric e format de porțiunea intestinală intra-herniară cu baza în jos, iar al doilea de porțiunea abdominală, cu baza în sus. Prin înfundarea celui de sus în sacul herniar, s'ar produce ocluzia capetelor intestinale trecute prin inel.

Berger reluând teoria lui Lossen, explică mecanismul strangulării aproape la fel, cu singura deosebire, că el atribue conului mezenteric intra-herniar rolul strangulant. Pe lângă acestea un rol oarecare are și ocluzia valvulară, datorită însăși mucoasei intestinale.

ANATOMIE PATOLOGICĂ.

Odată hernia strangulată, indiferent prin ce mecanism, încep fenomenele cari caracterizează transformările importante ce interesează nu numai sacul și conținutul herniei, ci chiar și învelișurile herniare și intestinul neîncarcerat supra și subiacent, dând uneori leziuni la distanță, cari cuprind toate viscerele organismului.

Fenomenele anatomo-patologice observate în strangulări își au substratul în: 1. turburările circulatorii și leziunile ischemice rezultate din constricția părților strangulate; 2. oprirea transitului intestinal. La aceste două se adaugă condiția optimă, oferită de spațiul închis al herniei încarcerate, pentru exaltarea virulenței microbilor intestinali, ca în cele din urmă, să se ajungă la perforație și gangrenă.

Voi descrie în mod cronologic leziunile suferite de sacul herniei, conținutul sacului, învelișurile herniare și leziunile la distanță.

Sacul herniar. Prezintă un aspect variabil după vechimea accidentelor. În caz de strangulare recentă, țesuturile perisaculare nu sunt de loc modificate și accesul la el e ușor. În cazurile apropiate de debut, e ușor tur-

gescent, întins, cu o culoare roșietică ce poate merge până la o culoare negricioasă, dată de gradul leziunilor conținutului său. În unele cazuri, la deschidere, găsim un sac uscat, fapt despre care trebuie să se țină cont în timpul intervenției, căci ușor se poate leza intestinul. Sacul poate fi liber, sau aderent de țesuturile din jur, împiedicând disecarea lui.

Conținutul sacului Este format din lichidul sacului, intestin, epiploon și mezenter. La deschiderea lui, găsim de cele mai multeori o cantitate variabilă de lichid, serocitrin, sau mai adesea colorat în roz; într'un stadiu mai avansat, găsim un veritabil lichid hemoragic, roșu sau negricios. Încercările de taxis nu sunt fără influență asupra transudațiilor sanghine, cari dau lichidului culoarea sa.

Leziunile intestinului sunt variabile după felul herniilor. În cele congenitale sunt mai întinse și apar mai rapid, fiindcă se produce o strangulare puternică. În cele câștigate, la care strangularea se produce de obicei mai lent, sub influența edemației țesuturilor și destinderii intestinului, leziunile vor avea un mers mai lent.

Epiploonul, dacă va hernia împreună cu intestinul, îl menajază prin plasticitatea lui și leziunile vor fi mai reduse.

Leziunile intestinului sunt cele mai importante, căci de ele depinde prognosticul și conduita operatorie. În general se descriu trei perioade în evoluția lor.

În prima perioadă, când ansa cu mezenterul ei este așezată la nivelul punctului strangulant, strictura nu împiedică circulația în mod brusc, ci o încetinește mai mult sau mai puțin, după întinderea porțiunii intestinale încarcerate și după dimensiunile inelului strangulant, fapt care explică varietățile clinice, observate pentru hernii cu acelaș sediu.

Venele sunt primele care suferă constricția, de unde o stază venoasă cu colorația roșie negricioasă a intestinului; se produc apoi focare hemoragice în submucoase și în tunicele intestinului.

Acestei hemoragii interstițiale oferă condițiuni pri-

elnice migrării transparietale a microbilor intestinali și în acelaș timp un mediu propice desvoltării lor.

Sângele circulând în acest timp prin artere, se produce o transudație prin pereți și acumulare de lichid în sac. Această serosităte este în majoritatea cazurilor sterilă, rar se găsec și microbi.

În perioada 2-a aportul sanguin arterial scade din ce în ce, în timp ce extravazarea se produce în pereți, dând intestinului o culoare întunecată crescândă, condiționată de leziunile ischemice și cele infecțioase. Aceste leziuni sunt localizate la nivelul inelului de constricție și în însuși corpul ansei strangulate.

La nivelul inelului se observă un șanț apreciabil cenușiu, unde leziunile sunt foarte accentuate și încep dela interior spre exterior, cu mici ulcerații, cari perforază ansa, stabilind ulterior aderenții între ea și inel.

Leziunile însă nu se limitează numai la acest nivel și cuprinde și corpul ansei. La aceste leziuni contribuie fără îndoială și microbii, cari traversează peretele ei. Într'adevăr s'a constatat că o ansă echimotică, care părea reductibilă, introdusă în abdomen, produce în 2-3 zile o septicemie peritoneală mortală.

Descuamația și necroza mucoasei deschide microbilor straturile profunde ale peretelui; tromboza și infarctele vasculare favorizează penetrarea lor și mortificarea țesuturilor.

În perioada treia ansa strangulată se gangrenează, devine flacidă și friabilă subțire și găsim materii intestinale și gaze în sac.

Leziunile epiploonului cu epiploite supurate și gangrenate sunt excepționale.

Mezenterul e totdeauna edemațiat, cu echimoze și uneori dezinserat de pe intestin, mai ales după taxis, obligându-ne la dezinsurare întinsă în rezecția intestinului.

Invelișurile herniare în caz de încarcerare mai vechi, cu gangrena intestinului, prezintă o edemațiere, echimoză sau focare de hemoragii, cu supurația și eliminarea țesuturilor, putând da naștere unui flegmon

stercoral, care în cazurile fericite pot să ducă la un anus contra naturei spontan, salvând bolnavul.

Leziunile la distanță pot interesa intestinul neîncarcerat, cavitatea peritoneală și viscerele organismului. Intestinul aferent în prima perioadă nu e atins; dacă se continuă strangularea, prin acumularea conținutului intestinal, ia o colorație roșietică și să destinde. Capătul eferent are un lumen mai redus, nu conține nici gaze, nici lichide.

În peritoneu, în urma permeabilității mărite a peretelui intestinal, se produce transudație, ce poate da naștere unei peritonite purulente fără perforație. Altfel se poate produce prin perforația intestinului, la nivelul inelului de strangulare, o revărsare de materii intestinale, în peritoneu, dând naștere unei peritonite septice-mortale.

Hernia strangulată e punctul de plecare a unei toxemii cu repercursiuni asupra tuturor viscerelor organismului, în special pulmonul e sediul congestiilor și broncho-pneumoniilor; și rinichiul și ficatul sunt atinse.

SIMPATOMATOLOGIE.

Debutul e mai mult sau mai puțin brusc, cu ocazia unui efort. Un bolnav cu o hernie veche, în urma unui efort simte o umflare mai mare ca de obicei a tumorii și în acelaș timp devine dureroasă și toate tentativele de reducere, rămân infructuoase. În acelaș timp apare greață și vărsături reflexe uneori.

În perioada de stare, simptomele se precizează și în câteva ore strangularea este constituită. Își fac apariția simptomele funcționale, cu colici abdominale, suspendarea transitului intestinal, cu apariția greței, apoi a vărsăturilor, mai întâi alimentare, sau mucoase, mai mult sau mai puțin amestecate cu bilă, care merg până în faza ultimă cu vărsături fecaloide. Nu în toate cazurile ocluzia intestinală, se prezintă cu simptomele tipice descrise mai sus. Ca semne fizice, la nivelul herniei, constatăm că aceasta e dură, întinsă, ireductibilă, mată

la percuție, dureroasă spontan și la palpate, cu maximum de durere la nivelul pediculului. Pe peretele abdominal se observă mai ales la persoanele slăbite, contracții peristaltice, în vecinătatea traectului herniar. Mai târziu abdomenul e întins și dureros.

În evoluția ulterioară, mersul accidentelor e rapid și progresiv, vărsăturile iau un caracter fecaloid, starea generală se alterează, pulsul devine accelerat și aritmic, respirația scurtă și frecventă, fața se crispează, nasul, mâinile și picioarele se răcesc, urina devine rară și albuminurică. Tabloul clinic se complică cu fenomene de septicemie și moartea nu mai poate fi împiedecată, producându-se colaps prin toxi-infecțiune.

În afară de simptomatologia descrisă mai sus, herniile strangulate se prezintă și cu un sindrom umoral descris în ultimul timp ca accident frecvent și în ocluziile intestinale. Importanța acestui sindrom umoral este destul de mare, căci prin el unii autori explică patogenia aproape tuturor simptomelor, cari le întâlnim în ocluziile intestinale, respectiv în herniile strangulate.

Sindromul umoral se prezintă sub forma hiperglicemiei, azotemiei, hipocloruremiei, creșterea rezervei alcaline și anhidremie.

Hiperglicemia descrisă de Haden, mai târziu de Binet, poate să ia uneori proporții mari, ajungând până la dublarea glicemiei normale; această creștere a glicemiei nu e numai o simplă cercetare de laborator, fără importanță practică terapeutică.

În caz când este prezentă în herniile strangulate, contraindică categoric injecțiile cu ser hipertonic glucozat.

În ce privește modificările umorale ale azotului, s'a constatat o creștere a azotului rezidual, care are explicație respirația tip Cheyne-Stokes, care survine într'un procent destul de mare al bolnavilor cu hernii strangulate.

În raport cu acești factori, echilibrul acido-bazic își modifică caracterul în așa fel, că tinde spre o creștere a rezervei alcaline a sângelui.

Importanța cea mai mare în sindromul umoral o

prezintă hipocloruremia consecutivă căreia azotul sanguin crește, țesuturile rețin apa cu mai multă greutate, bolnavul având o tendință pronunțată spre anhidremie.

Anhidremia după unii autori, cum este Beckmann, s'ar produce și din cauza vărsăturilor abundente, pe cari le întâlnim la strangulările herniare.

Hipocloruremia s'ar produce după Orr, datorită fixării clorului pe substanțele toxice, cari iau naștere în caz de strangulare. Alți autori susțin că hipocloruremia s'ar datora lipsei de absorbții acidului clorhidric, care se elimină în cantitate abundentă prin vărsături.

În aceste cazuri injecțiile cu ser hipertonic clorurat își au efecte bune înlocuind clorurii pierduți fie prin vărsături, fie prin fixarea pe substanțele toxice produse.

Sindromul umoral descris nu-l întâlnim în toate cazurile de strangulări herniare și nu-l întâlnim mai ales în toate cazurile în forma descrisă mai sus. E bine însă să fie cercetat, pentru că e un indiciu prețios în conduita terapeutică preoperatorie și mai ales post operatorie.

FORME CLINICE.

Alături de aceste forme clinice se observă în evoluția herniilor și forme atipice. Se descriu de obicei trei forme: forma supraacută, forma latentă și subacută.

În forma supraacută simptomele iau iute o alură foarte gravă. Durerile dela început sunt foarte mari, vărsăturile fecaloide apar iute, intoxicația generală e precoce și moartea survine în 36-48 ore. În forma latentă, unde strangularea e destul de puternică, ca și la precedentă, bolnavul acuză semne funcționale vagi, o constipație tenace, câteva vărsături fără caracter particular, oprirea gazelor nu e totdeauna ușoară de precizat. La o palpăre mai atentă a regiunii inghinale, găsim tumora cu pediculul dureros, care ne pune pe calea diagnosticalui. Aceste cazuri se observă mai des la bătrâni și indivizii slăbiți.

Forma subacută e rară, se observă mai ales în herniile inghino-scrotale voluminoase. Are evoluție lentă,

fenomenele de strangulare putând ceda un anumit timp, pentru a reîncepe din nou. Leziunile intestinale nu sunt prea avansate, așa că de multeori chiar după 5-8 zile operația reușește.

DIAGNOSTIC.

Ne gândim la o hernie strangulată, când un bolnav atins de colici, vărsături, constipație, prezintă o tumoră dureroasă și ireductibilă. Pentru a fixa diagnosticul și a exclude o adenită acută, o orchită (mai ales când testicolul e ectopic), un puseu inflamator într'un chist al cordonului, o flebită pe un pachet de varicocel, explorăm traectul inghinal. In caz că e liber, excludem diagnosticul de hernie. Mai mult ne încurcă în diagnostic coexistența unor afecțiuni abdominale acute, cari au repercursiuni asupra herniei inghinale existente, mărin-du-i volumul, făcând-o dureroasă, cum sunt peritonitele incipiente, ocluziile intestinale, apendicite, perforații gastrice, sau apendiculare, pancreatitele etc. In aceste cazuri, mai ales, dacă suntem în dubiu, intervenim, căci ele însăși cer intervenție rapidă.

PROGNOSTIC.

Herniile strangulate, fără intervenție, evoluiază spre un sfârșit letal. Sunt foarte rari cazurile fericite, unde se poate produce o reducere spontană, sau anus contra naturei spontan.

Reducerea spontană, o menționează Berger de 60 de ori din 300 cazuri. Această reducere spontană n'ar fi posibilă, decât în cazurile unde n'a fost o strangulare propriu zisă.

Anusul spontan contra naturei se produce în cazul, când cavitatea peritoneală e închisă la nivelul inelului de strangulare, prin bride epiploice, conținutul ansei strangulate revărsându-se în sac și de aici prin distrugerea lui se elimină la exterior prin tegumente.

Intervenția nu e nici ea salvatoare 100%. Depinde

de momentul în care intervenim, de stadiul leziunilor produse. Herniile inghinale mici și cele încarcerate dela început, au un prognostic mai rezervat, decât cele inghino-scrotale mari, la care încarcerarea se produce mai lent și evoluția leziunilor anatomice se face mai încet. Enterocelul strangulat are un prognostic mai grav ca entero-epiplocelul și acesta mai grav ca epiplocelul simplu.

TRATAMENT.

Principiul general în tratamentul herniilor inghinale și inghino-scrotale strangulate, este de a repune cât mai în grabă organele herniate, supuse agentului strangulant, în cavitatea abdominală, înainte de a fi compromisă vitalitatea lor.

Această repunere, se încerca mai înainte prin taxis — procedeu nesângărând — azi însă e abandonat complet și nu se mai întrebuițează decât așa zisul „taxis la rece“, în cazuri rari când suntem în imposibilitate de a opera și când strangularea e recentă, produsă cu vreo 2-3 ore mai înainte, făcând o singură încercare, în special la bătrâni și la copii. Taxisul riscă să creeze leziuni, cari devitalizează ansa. În Clinica Chirurgicală din Cluj e complet abandonat.

În general Kellotomia — procedeu sângărând — trebuie să urmeze diagnosticului de strangulare herniară. Trebuie, fără să așteptăm vărsăturile, meteorismul, să procedăm la operație. Operația e cu atât mai benignă, cu cât e executată mai precoce; e tipul de operație urgent a practicianului, realizabilă în toată mediile.

Având în vedere urgența intervenției, pregătirea preoperatorie a bolnavului nu se poate executa după normele clasice, pentru intervenții pe peritoneu. I-se fac injecții cu ser fiziologic și 10-20 cm. cubi de ser hipertonic clorurat de 10% intravenos. Dacă vărsăturile sunt frecvente, bolnavul se așează cu capul puțin mai jos pe masa de operație, înclinat lateral, pentru a evita pneumonia de deglutiție. În regiunea inghinală se vor spăla

tegumentele cu benzină iodată și se vor badijona de 2 ori cu tinctură de iod. Se face în prealabil și o injecție cu cofeină.

Alegerea anesteziei are o importanță capitală în kelotomie. La acești bolnavi, adesea intoxicați, vechi tușitori, sau obegi, anestezia generală e periculoasă. Mult mai preferabilă e deci anestezia locală, sau rachianestezia făcută în Clinica din Cluj cu 0,05 grame stovaină cu 0,002 grame strichnină. Odată acestea terminate, trecem la operația propriu zisă, care cuprinde mai mulți timpi. Ii vom descrie în ordine.

În primul timp se incizează tegumentele pe axul mare al tumorii herniare, dela mijlocul arcadiei crurare până la treimea inferioară a burselor (dacă e vorba de o hernie inghino-scrotală) ajungând până la aponevroza albă și sedefie a marelui oblic, care va fi primul punct de orientare. Sub această aponevroză, se găsește fața externă a sacului.

Timpul al 2-lea cuprinde deschiderea sacului. Se incizează aponevroza cu grije până la partea superioară a sacului. Apoi se disecă atent straturile sacului, pentru a nu leza eventual, ansele care s'ar găsi în interior în contact intim cu peretele lui; se taie sacul până la nivelul orificiului inghinal profund, apoi până la nivelul treimei inferioare a scrotului. În acest caz avem în fața noastră sacul deschis. În herniile aderente, debridarea tractusurilor fibroase, vasculare produc hemoragii înfinse.

În timpul al treilea se execută debridarea propriuzisă. Cu indexul stâng care servește de conductor, se comprimă pedicolul herniei și cu foarțecile răzimate pe index, se taie coletul sacului, agentul de strangulare. Debridarea trebuie să fie completă, înlăturând totalitatea bridelor strangulante, mai ales în herniile inghinale congenitale, unde de obicei stricturile sunt multiple, etajate de jos în sus, pe traectul herniei. Prin această debridare largă și prin tragerea progresivă în jos, a părții profunde a sacului, se pune în evidență coletul supra inghinal, pe care îl secționăm cu ușurință.

În timpul al 4-lea examinăm conținutul herniei cu

atenție, pentru a stabili gradul leziunilor anatomice, a viscerelor conținute în sac. Se șterg cu o compresă cu ser fiziologic cald și se observă culoarea ansei, care în mod normal e roză. Palpăm și ne dăm seama de consistența elastică normală. În caz că această consistență e dispărută, palpăm în intestin cu un perete redus, făcând impresia că e format numai din peritoneu. Palpăm în același timp vasele din mezenter, pentru a constata pulsațiile lor, cari dacă sunt prezente, denotă că ansa e încă nutrită. Un simptom încă foarte prețios, pentru a ne demonstra vitalitatea ansei, e apariția peristaltismului, după câțva timp dela debridarea și secționarea coletului. În cazul că prin aceste semne, ne dăm seama de vitalitatea ansei, o repunem în abdomen. În caz că și epiploonul e încarcerat, îl secționăm pe o întindere cât mai mare.

În caz de gangrene intestinale, consecutive strangulării, extirparea porțiunii gangrenate și restabilirea continuității intestinului printr'o entero-anastomoză ar fi o măsură salutară pentru bolnav, ușor de executat pentru chirurg, dacă ar fi lipsită de riscuri. Or, aceste riscuri sunt de multe ori greu de înlăturat, din cauza alterării anselor supra- și subiacente punctului strangulant, pretându-se greu unor suburi sigure și amenință mereu cu desfacerea lor, füstulizări și peritonite.

Un alt factor cu un rol hotărâtor contra acestui procedeu, este absorbția masivă a toxinelor din materiile adunate deasupra obstacolului, prin mucoasa nealterată în urma enteroastomozei. De aceea e necesară o evacuare a materiilor intestinale, printr'o derivație înafară, urmând ca ulterior să suprimăm fistula, sau anasul astfel creat. Azi autorii sunt adepții entero-enteroanastomozei, alții preferă derivația la exterior a materiilor fecale. Care e valoarea comparată a acestor două metode, după cazurile operate în Clinica Chirurgicală din Cluj? Înainte însă de a discuta această chestiune, trebuie să amintesc, că de multe ori după secțiunea inelului de strangulare și deschiderea sacului herniar, aspectul exterior nu reprezintă mulajul fidel al leziunilor anatomice existente, pe fața internă a intestinului și surprize-

le neplăcute sunt frecvente. Pentru a ne pune la adăpost de aceste surprize, voi descrie mijloacele cari le înlătură, după un studiu al domnilor doctori Mureșan și Safta, din Clinica Chirurgicală din Cluj.

Când găsim o pată mică de gangrenă intestinală, la nivelul căreia peristaltismul nu reapare, procedăm la o înfundare printr'o sutură sero-seroasă Lambert.

Fixarea ansei e un bun mijloc de a evita o perforație a acesteia, în cavitatea peritoneală și e indicată ori de câteori avem vre-o rezervă asupra vitalității ansei intestinale strangulate. Dacă în 1-2 zile, observăm bolnavul, fenomenele de ocluzie persistă, ansa fixată trebuie deschisă. Dacă însă funcția intestinală se restabilește, eliberăm ansa și o punem în cavitatea peritoneală.

Rezeecția intestinală, urmată de entero-enteroanastomoză e o operație radicală excelentă, dacă gangrena intestinală e bine delimitată și ansa deasupra obstacolului nu e prea mult modificată, nici în ce privește calibrul, nic în ce privește calitatea. În plus starea generală a bolnavului să fie bună, pentru a rezista șocului operator mare. În Clinica Chirurgicală din Cluj, s'au operat din 1920-1934, 404 cazuri de hernii strangulate, dintre cari 90 cazuri cu gangrenă. În 47 cazuri, s'a făcut rezeecția cu entero-anastomoză, sucombând 25, deci 53,19%. Această mortalitate ridicată e explicată prin starea generală rea, intoxicația profundă, fenomene de azotemie, cari cu șocul operator, ușor duc la moarte.

În genere aceste inconveniente nu mai sunt piedici pentru anusul contra naturei, cari se bucură în ultimul timp, mai ales de când îl putem suprima în momentul când dorim. După ce starea generală a bolnavului s'a refăcut în mod simțitor, se face o laparatomie mediană subombilicală, excluzându-se ansa pe care e situat anusul și se face o entero-anastomoză latero-laterală. Într'un al treilea timp se extirpă ansa exclusă, pe cale inghinală.

Din 23 cazuri cu hernii strangulate cu gangrenă, s'au vindecat 20 și 3 au sucombat. La alte 20 cazuri cari au venit într'o stare foarte gravă cu ocluzie de 4-8 zile, cu perforația intestinului, intoxicație profundă, morta-

litatea a fost de 20. Din aceste 43 cazuri, luate în totalitate, cu anus contra naturi, au sucombat 23 și 20 s'au vindecat, deci un procent de 53,49%, dată egală cu aceea obținută prin rezecție de intestin. Trebuie să ținem cont, că aceste cazuri nu ar fi putut fi salvate poate prin rezecție de intestin, care cere condiții mult mai prielnice pentru operații.

În timpul al 5-lea se ligaturează coletul și se excitează sacul. Trebuie în prealabil să-l separăm de țesuturile care-l înconjoară și în special elementele cordonului. Izolat sacul până la pediculul său, până la inelul inghinal profund, până apare grăsimea subperitoneală foarte net, prin introducerea indexului stâng în cavitatea saculară și fricționând fața sa externă cu o compresă, îl detașăm de elementele cordonului.

Legăm coletul cu fire cât mai sus posibile și rezecăm sacul. La herniile complexe, kelotomia trebuie adaptată pentru fiecare caz în parte. Odată sacul legat, la nivelul coletului și rezecat, partea esențială a operației e terminată și dacă starea bolnavului cere terminarea cât mai iute, ne putem mulțumi cu reunirea rapidă a buzelor apo-nevroze incizate, a stâlpilor și a tunicei fibroase și suturarea pielii. În majoritatea cazurilor putem însă practica cura radicală complectă, punându-l la adăpost de recidive — „făcând bolnavul să beneficieze de accidentul său“ — cum se exprimă F. Lejars.

Principiul curei radicale, e de a reconstitui cât mai perfect peretele abdominal pentru a preveni recidivele. Pentru acest scop, au descris o serie de procedee: Lucas-Championniere, Barker-Forgue, Jirard, Bassini, Toma Ionescu.

În Clinica din Cluj, se întrebuintează mai des aceste două din urmă, pe cari le voi descrie în această lucrare.

Procedeul Bassini. Originalitatea acestui procedeu constă în modul de refacere al peretelui canalului inghinal după rezecția sacului. Procedeul Lucas Championniere are marele defect, de a nu suprima punctul slab al peretelui posterior al canalului inghinal. Dacă acest procedeu convine la herniile congenitale ale copilului, sau adolescentului, cu o bună dezvoltare a fas-

cicólelor inghino-pubiené, e însuficientă la adulți cu o dezvoltare slabă a acestor mușchi.

Procedeul lui Basinni, e un procedeu retro-funicular. Deplasează în sus cordonul din canal și reperează bine peretele posterior al canalului inghinal. Se suturează tendonul conjunct și fasciculele din mușchiul transvers și oblic mic, până aproape de inelul profund al canalului inghinal, la arcada crurală, întărindu-se astfel peretele posterior. Acum se repune cordonul în canal și se reface peretele anterior, prin aponevroza oblicului mare, retractând cât mai mult posibil orificiul inghinal superficial. Acest procedeu retractează la maximum traectul inghinal, întărind peretele său posterior și restabilind oblicitatea direcției lui.

Procedeul Toma Ionescu își are originalitatea în întrebuințarea firelor de sutură irezorzvabile, de argint, în reiacerea peretelui abdominal într'un singur plan, preifunicular, distrugând canalul inghinal.

După rezecția cât mai sus posibilă a sacului, nu-l introduce în abdomen și îl prinde într'o pensă, pentru a-l lega cu firele de sutură ulterior.

Se ridică apoi aponevroza oblicului mare, se evidențiază transversal, micul oblic și tendonul conjunct și se introduce cordonul înapoia lor. Se fixează apoi aceiași mușchi la arcada crurală. Infigem un ac curb în buza inferioară a plăgii, în așa fel, ca să prindem cu el buza inferioară a oblicului mare, arcada crurală, transversul și micul oblic prin fața posterioară a lor, când a ieșit la fața anterioară, îl încercăm cu firul profund, scoțându-l prin locul de intrare. Deasupra acestui loc, cu 1 cm. intrăm din nou cu acul, prinzând de data aceasta numai pielea și buza inferioară a mușchiului oblic, încercăm acul cu capătul firului profund și-l scoatem la tegumente. Cele două capete ale firului trase, aplică transversul, oblicul mic și tendonul conjunct la arcada crurală, lăsând cordonul înapoi. Firul astfel plasat are forma unui „U“, care se fixează pe un rolou de vată la coapsă. Se trece la al doilea fir profund, care va prinde capătul rezecat al sacului. Ultimul fir profund va trece la o distanță de peste 1 cm. de pube, pentru a

asigura un orificiu suficient ca să nu comprime corădonul.

Procedăm apoi la aplicarea firelor în 8, trecem un ac Reverdin prin buza inferioară a aponevrozei oblicului mare, a transversului și oblicului mic, ajungem la buza superioară a oblicului mare, încercăm acul cu un fir și-l tragem înapoi. Trecem acum acul prin buza inferioară a tegumentelor și-l încercăm cu capătul superior al firului precedent și-l tragem înapoi până la locul de introducere a acului. La același nivel în buza superioară a plăgii, trecem acul prin piele și-l încercăm în sus, scoțându-l prin tegumente la buza superioară a marelui oblic, transversului și micului oblic și-l ducem în sus, scoțându-l prin tegumentele la buza superioară a lor, formând 8 în cifră. Aceste fire se plasează între firele în „U“.

Se strâng firele bine, pentru o coaptare cât mai perfectă a buzelor plăgii. Firele în 8, se scot la 7 zile, cele profunde, în „U“, după 11 zile.

Acest procedeu are avantajul față de celelalte, că nu rămâne nici un fir în plagă și nu se rezorb, împiedicând astfel recidivele cari se pot produce ușor, în cazul firelor rezorbabile, mai ales când rezorbția se produce repede, înainte de o coaptare perfectă a buzelor plăgii.

După operația herniilor inghinale și inghino-scrotale strangulate, bolnavul trebuie bine îngrijit, dată fiind starea lui de intoxicație. E nevoie de cantități mari de ser fiziologic, până la un litru și mai mult, tot la 4 ore câte 20 cm. cubi ser hipertonic clorurat 10%, mai ales în primele 24 ore.

ACCIDENTE POST-OPERATORII.

După operație, la interval mai lung sau mai scurt, apar o serie de accidente, dintre cari unele, mai ales cele legate de cauzele infecțioase, au fost descrise în capitolele anterioare. Aici mă voi ocupa doar cu enteroragia, stenoza intestinului consecutivă reducerii ansei și de ileusul paralytic.

Enteroragia este un accident foarte serios, care poate surveni în urma strangulării herniilor, fie la câteva ore după operație, fie mai târziu. Prima se manifestă clinic, prin ușoare amețeli, stări subfebrile, puls slab și diaree sanghinolentă. O întâlnim mai des în herniile inghino-scrotale voluminoase și nu e prea gravă. Cea tardivă apare mai ales la indivizii bătrâni și se repetă de mai multeori, cu un prognostic mai serios. În cazul când se repetă des, o pungă cu gheață pe abdomen, injecții cu ser fiziologic și la nevoie chiar transfuzie de sânge, sunt binevenite.

Stenozele pot fi produse de un proces fibros retracțil, cauzat în urma unui sfacel al mucoasei ansei strangulate, cum explică Palasciano, fie un proces exterior, o peritonită localizată, care fixează ansa la peretele abdominal, micșorându-i lumenul, în urma cudurii produsă. fie că este vorba de o stenoză mixtă.

Ileusul paralic, care poate surveni și în alte operații pe abdomen, apare după intervenție la 24 ore, cu vărsături, greață, meteorism, etc., care cere o nouă intervenție prin laparatomie.

Cluj, la 2 Martie 1937.



CONCLUZIUNI.

1. Strangularea herniilor este complicația cea mai gravă și cea mai frecventă ce poate surveni în evoluția lor.

2. Strangularea poate surveni într'un timp apropiat de debutul herniei, sau adeseori mai târziu.

3. Canalul inghinal prin așezarea topografică și constituția anatomică, se pretează ușor strangulărilor herniare.

4. Atât copiii, cât și adulții pot prezenta hernii strangulate, dar sunt mai frecvente la adulți.

5. Ca frecvență din totalul herniilor strangulate, strangulările herniilor inghinale reprezintă 2%.

6. Herniile inghinale și inghino-scrotale strangulate se caracterizează prin sindromul ocluziei intestinale și un sindrom umoral cu azotemie, creșterea rezervei alcaline, hiperglicemie și hipocloruremie.

7. Cât ce sunt diagnosticate, cer intervenția urgentă.

8. În caz de gangrenare a segmentului strangulat, operația de ales este anusul contra naturii, când gangrena este mai puțin delimitată, în caz contrar se impune rezecția de intestin.

9. Taxisul ca procedeu de reducere este foarte periculos și expune la complicațiile cele mai grave.

10. Mortalitatea herniilor strangulate depinde de momentul intervenției și de vitalitatea țesuturilor strangulate. Cu cât intervenția este mai precoce, cu atât rezultatele operatorii sunt mai bune. În cazul când intestinul este gangrenat, mortalitatea este de 95%. 53%.

11. Kelotomia trebuie să fie urmată de cura radicală, exceptând rarele cazuri, când starea generală a bolnavului nu ne permite.

12. In tratamentul post-operatoriu, având în vedere starea hipo-cloruremică și anhidremică, injecțiile cu ser fiziologic și ser hipertonic clorurat 10%, au efecte foarte bune.

Văzută și bună de imprimat:

Decan:
Prof. Dr. D. MICHAIL

Președ. tezei:
Prof. Dr. AL. POP



BIBLIOGRAFIE.

- I. Testut et O. Jacob*: Traité d'Anatomie topographique avec applications medico-chirurgical. Tome II. Paris, 1929.
- Tillaux*: Traité d'Anatomie topographique.
- E. Forgue*: Précis de phatologie externe. 9-e édition. Tome II. Paris, 1935.
- A. Gosset e D. Petit-Dutaillis*: Précis de pathologie chirurgicale. Tome IV. Paris, 1928.
- Duval-Gosset-Jenbreaux-Lecène*: Précis de pathologie chirurgicale. Tome III. Paris, 1920.
- P. Lecène et R. Leriche*: Thérapeutique chirurgicale. Paris, 1927.
- F. Lejars*: Chirurgie d'Urgence.
- I. Iacoboviciu*: Propedeutică chirurgicală. 1929.
- Delore et Delbet*: Resections intestinales dans la hernie étranglée. Rev. de Chir. 1909.
- Cornit et Tchistovitch*: Lésions de l'intestin dans les hernies étranglées.
- C. Angelescu*: Tehnica operatorie pentru cura radicală a herniilor inghinale. Revista de chirurgie No. 1. 1930.
- Hațieganu și Goia*: Tratatul elementelor de semiologie și patologie medicală. Cluj, 1936.
- F. J. Collet*: Précis de Patologie interne. Paris, 1931.
- Dr. Mureșanu și Dr. Safta*: Tratatamentul în gangrena intestinală, consecutivă strangulării herniare. Revista de chirurgie, No. 1—4, 1936.
- Binet et Stoicesco*: Les Injections intraveineuses de solutions hypertoniques de chlorure de sodium
- Delveau*: La Stenose intestinale,, consecutive à un étranglement herniaire. Journal de Chir. No. 4, 1932.
- E. Petrean*: Teză. Cluj, 1932.