

HERNIE OBTURATORIE BILATERALĂ CU INCARCERARE MONOLATERALĂ

L. Szombathelyi, J. Gálffy, F. Biró

Hernia obturatorie face parte din categoria bolilor chirurgicale rare. Ea se întâlnește mai ales la femei vârstnice, cu o stare generală alterată. Deseori se încarcerează. Tendința la încarcerare este favorizată de îngustimea și rigiditatea canalului obturator.

Statistica lui *Berger* arată că incidența herniei obturatorii este de 1 la zece mii din totalul cazurilor de hernie. În clinica chirurgicală din Tg. Mureș am operat între 1953—1958, 2237 de hernii. Dintre acestea 490 cazuri au fost încarcerate, dar numai unul a prezentat hernie obturatorie strangulată. La noi în țară, *Bușu-lenga* (1928) și *Andreoiu-Dumitrescu* (1958) au relatat pînă acum 2 cazuri.

Observația noastră: H. K. bărbat în vîrstă de 59 de ani este internat în secția de urgență a clinicii chirurgicale, la 24 X. 1958 cu diagnosticul de ocluzie intestinală.

Înainte cu 4 zile de internare i-au apărut brusc dureri spastice în regiunea perionbricală însoțite de retenție de scaun și gaze. Tratamentul antispasmodic aplicat de medicul de circumscripție e ineficace, retenția persistînd în ciuda repetatelor clisme ce i se fac. Abdomenul se balonează din ce în ce mai mult. În ziua internării bolnavul vomeează de mai multe ori, vomismentele fiind fecaloide.

La internare se constată o stare de prostrație, tensiunea arterială: 100/70 mmHg, pulsul: slab 120/minut. Peretele abdominal depășește nivelul toracelui prezentînd meteorism fiind timpanic la percuție cu defensă musculară difuză. Maturitatea ficatului a dispărut. La apăsare, cea mai accentuată sensibilitate se constată în regiunea ombilicală. La radioscopie se văd mai multe umbre hidroaerice în regiunea ileocecală. Numărul leucocitelor: 12500. Urina negativă. Examenul rectal nu pune în evidență nimic patologic. Cu toate că ambele regiuni inghinale prezintă hernie directă, nu găsim nici un semn local care să indice prezența unei hernii încarcerate. Ținînd seama de starea generală alterată a bolnavului, ne decidem pentru intervenție chirurgicală urgentă, după efectuarea pregătirii preoperatorii indicate.

Operația: Intrucît tabloul clinic este dominat de simptomele ocluziei intestinale, executăm o laparotomie mediană inferioară. Examinînd minuțios cavitatea abdominală, constatăm că porțiunea terminală a ileonului duce în micul bazin, dispărînd în canalul obturator. Ansa intestinală aferentă și eferentă are o culoare albastră verzui, fiind acoperită de o membrană gri-gălbui. Eliberăm porțiunea strangulată a intestinului și după ce rezecăm un fragment necrozat de aprox. 10 cm, restabilim continuitatea intestinală, efectuînd o anastomoză termino-terminală.

La trei zile după operație clisma are efect. Plaga operatorie se vindecă per primam, bolnavul părăsește clinica la 13. XI. vindecat.

La 2. XII. 1958 e internat din nou, spunînd că s-a simțit bine pînă la data de 30. XI, cînd au apărut din nou suferințele. La examen constatăm tabloul clasic al ileusului mecanic. Aplicăm respirație prin sondă Miller-Abbot, administrăm ser hipertonic și efectuăm clismă înaltă.

Acest tratament fiind ineficace, executăm relaparotomie.

Operația: Efectuăm o laparotomie mediană inferioară ca și la intervenția anterioară, excizînd vechea cicatrice. Desprindem aderențele intestinului apărute în mai multe locuri. Urmărind ansele intestinale dilatate, observăm că obturarea este cauzată de un volvulus al intestinului subțire. Detorsionăm intestinul volvulat. După restabilirea peristaltismului, repunem intestinul și suturăm peretele abdominal în straturi.

Evoluția bolii. Bolnavul prezintă o stare alterată, se mișcă puțin, nu consumă alimente decît în urma insistențelor. Are vînturi și scaun. Greutatea corporală scade. După opt zile

de la operație, apare în regiunea subînginală stîngă o rezistență nedureroasă, elastică, de mărimea unui pumn de barbat, care în urma apăsării dispăre la presiune, cu zgomote hidro-aerice.

Ținînd seama de antecedentele personale și de semnele locale caracteristice, constatăm cu ușurință că e vorba de o hernie obturatorie stîngă neîncarcerată. Dată fiind starea generală alterată a bolnavului, nu executăm intervenția chirurgicală. În ciuda tratamentului aplicat, aceasta stare se agravează și bolnavul sucombă în prezența simptomelor de peritonită.

Examenul anatomopatologic confirmă diagnosticul prezumptiv de hernie obturatorie stîngă.

Discuții. Hernia obturatorie survine aproape exclusiv la femeile înaintate în vîrstă și astenice. De aceea în instalarea herniei se acordă un rol considerabil formei mai largi și mai plate a bazinului feminin, configurației canalului obturator și alterării rapide a stării fizice. În cazul nostru boala a apărut la un bărbat, dar trebuie să notăm că acesta a avut un bazin neobișnuit de larg, ca o femeie și că pierderea în greutate s-a produs brusc odată cu instalarea bolii.

Stabilirea diagnosticului de certitudine înainte de operație este de cele mai multe ori foarte grea. În caz de încarcerare, tabloul clinic este dominat de simptomele ocluziei intestinale și diagnosticul se poate stabili numai în cursul operației ca și în observația noastră (la încarcerarea herniei de partea dreaptă). Diagnosticul se stabilește mai ușor dacă domină așa-zisele simptome obturatorii: rezistență elastică în regiunea subînginală și dureri nevralgice pe traiectul nervului obturator, cauzate de compresiunea acestui nerv, tocmai din cauza suferințelor nervoase. În cazurile neîncarcerate, bolnavul se prezintă deseori la medicul ortoped sau neurolog, care aplică eventual un tratament simptomatic atîta timp cît încarcerarea nu impune cu necesitate intervenția chirurgicală. Menționăm că în cazul nostru suferințele neurologice au lipsit atît la instalarea herniei drepte cît și a celei stîngi. Dacă un bolnav vîrstnic cu o stare fizică alterată și un bazin lat prezintă simptomele ileusului e indicat să facem un examen minuțios al regiunii subînginale.

În ceea ce privește tratamentul operator, părerile diferă. Unii autori consideră că importantă este numai suprimarea încarcerării, făcînd abstracție de închiderea porții herniale — în timp ce alții consideră că pentru prevenirea recidivei este importantă și închiderea porții herniale. Noi nu am închis poarta hernială. Judiciozitatea acestui procedeu a fost confirmată de faptul că la reintervenție, am găsit anse intestinale cu aderențe rigide în vecinătatea porții herniale care au împiedicat posibilitatea recidivei.

Considerăm că observația noastră merită să fie relevată, deoarece hernia obturatorie s-a produs la un bărbat, instalîndu-se de ambele părți.

Sosit la redacție: 4 februarie 1961.