

4119

No. 1075.

APENDICITA HERNIARA

(Studiu Clinic)

TEZA

DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE

Prezentată și susținută la 21 MAR 1909

SIMION O. MUȘCELEANU

DIN INSTITUTUL MEDICO-MILITAR

BUCUREȘTI

TIPOGRAFIA G. A. LAZAREANU

Strada Episcopiei, No. 3

1909.



No. 1075.

APENDICITA HERNIARA

(Studiu Clinic)

TEZA

DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE

Prezentată și susținută la 21. MAR 1909

DE
SIMION O. MUȘCELEANU

DIN INSTITUTUL MEDICO-MILITAR

23 MAY 2005

BUCUREȘTI

TIPOGRAFIA G. A. LAZAREANU

Strada Episcopiei, No. 3

1909.

Decan : d. profesor Dr. THOMA IONESCU

PROFESORI :

| | |
|--|-----------------------|
| Clinica III-a chirurgicală | D-l Dr. ANGELESCU C. |
| Chimia medicală | > > ATHANASESCU N. |
| Anatomia patologică | } > > BABEȘ V. |
| Bacteriologia și patologia experimentală | |
| Clinica II-a medicală | > > BUICLIU CHR. |
| Medicina experimentală | > > CANTACUZINO I. |
| Medicina operatorie | > > DEMOSTENE ATH. |
| Clinica și teoria obstetricală | > > DRAGHESCU D. |
| Anatomia topografică și } | } > > IONESCU TH. |
| Clinica II chirurgicală } | |
| Farmacologia și clinica terapeutică | > > MALDARASCU N. |
| Oftalmologia și clinica oftalmologică | > > MANOLESCU N. |
| Clinica boalelor nervoase | > > MARINESCU G. |
| Medicina legală | > > MINOVICI M. |
| Fizica medicală | > > MICULESCU C. |
| Istologia și ombriologia | > > OMBREGIA AL. |
| Fiziologia umană | > > PAULESCU N. |
| Clinica dermatologică și sifiligrafică | > > PETRINI-GALATZ M. |
| Anatomia descriptivă | > > PETRINI PAUL |
| Patologia generală | > > PROCA GH. |
| Patologia chirurgicală, bandaje și aparate de fracturi | > > ROMNICEANU GR. |
| Clinica I-a chirurgicală | > > SEVEREANU C. |
| Zoologia medicală | > > SIMLEANU ST. |
| Higiiena și poliția sanitară | > > SION V. |
| Clinica I-a medicală | > > STOICESCU GH. |
| Clinica mentală | > > SUTZU AL. |
| Terapeutică experimentală | > > TEODARI A. |
| Clinica infantilă | > > THONESCU C. N. |
| Patologia medicală | > > THONESCU T. I. |
| Botanica medicală | > > VLĂDESCU M. |

AGREGAȚI :

| | |
|---|---------------------|
| Clinica boalilor oto-rino-laringologice | > > FELIX EUG. |
| Farmacia chimică și galenică | > > GEORGESCU M. |
| Anatomia topografică | > > GEROTA D. |
| Chimia analitică | > > MINOVICI ST. |
| Clinica III-a Medicală | > > ION NANU-MUSCEL |
| Analiza alimentelor și băuturilor | > > POLTZER A. |

JÛRIUL DE PROMOȚIUNE :

Președinte : D-l Profesor Dr. THOMA IONESCU

Membrii : } > > DEMOSTENE ATH.
 } > > SEVEREANU C.
 } > > ANGELESCU C.
 } Agregat > GEROTA D.

Suplinitor D-l Docent : DANIEL C.

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca propriile ale autorului și nu are a exprina, nici aprobare, nici dezaprobare

INTRODUCERE

Importanța apendicelui în chirurgia abdominală era cu totul necunoscută și mai ales, localizarea herniară a apendicelui era prezentată ca o curiozitate anatomică. *Gosselin* a fost primul, care a arătat că inflamația unui organ herniat, intestinul ori apendicele, constituie o individualitate patologică și către 1889 se recunosc rolul apendicelui, în geneza afecțiunilor abdominale. S'a semnalat de mult prezența apendicelui în hernie fără însă să se cunoască natura rolului pe care îl poate juca apendicele herniat, inflammat ori strangulat, adică turburările la care poate da naștere.

Noțiunea de apendicilă herniară este de dată recentă. Sunt numai 20 de ani de când această chestiune constituie o entitate anatomică și în oarecare măsură o entitate clinică, — astăzi bine cunoscută.

Apendicele în hernie se poate prezenta din punct de vedere anatomo-clinic sub următoarele forme :

I. Hernia simplă a apendicelui sau apendicocelul, când apendicele normal se întâlnește singur într'un sac herniar simplu sau dublu (57 Obs. *Teză Fournal. Paris 1906*), sau numai parțial în sac (58 Obs. *Fournal*), sau când nu există sac (30 Obs. *Fournal*). Poate însă să fie însoțit de coecum, epiploon sau o anză a intestinului subțire prezentându-se în diferite orificii : inguinal, crural, mai rar ombilical sau diafragmatic. În general singur în sacul herniar poate să fie îmbrăcat în peritoneu sau aderent la organele cu care era vecin în viața intra-uterină : testicul, epididim, ovar sau trompe.

Apendicocelul din punct de vedere anatomo-pato-

logic se prezintă sub 3 forme cari nu se pot recunoaște decât pe cale operatorie :

1) Apendicocelul neinflamat constituind o hernie banală ;

2) Apendicocelul flegmonos constituind un flegmon herniar ;

3) Apendicocelul strangulat cu sindromul obicinuit de ocluzie intestinală.

Apendicocelul neinflamat este apendicocelul ade-vărat, celelalte sunt complicații, sunt afară dar din cadrul entității morbide. Apendicocelul prezintă următoarele variații clinice : *a)* Singur în hernie, apendicocel pur, (25 Obs. Fournal) ; *b)* apendiculo-coecal (7 Obs. Fournal) ; *c)* apendiculo-coeco-ileal (8 Obs. Fournal) ; *d)* apendiculo-ileal (2 Obs. Fournal), și *e)* apendiculo-epiploică.

II. Hernia propriu zisă a apendicelui sau apendicita herniară, când apendicele inflammat nefiind însoțit de coecum constituie singur conținutul sacului herniar. Și aci ca și în abdomen poate fi atins de foliculită, scleroză, tumefacție, perforație ori sfacel.

III. Hernia apendiculară într'un mediu herniar atunci când apendicele inflammat, însoțit sau nu de coecum se întâlnește în sacul altor organe herniate.

IV. Hernia apendiculară strangulată, când apendicele fie în sac, fie extrasacular se găsește strangulat, în mod primitiv sau secundar.

Hernia propriu zisă a apendicelui și hernia apendicelui într'un mediu herniar, deși din punct de vedere anatomic sunt 2 entități diferite din punct de vedere patologic, constituie una și aceeași afecțiune : apendicita herniară, ambele prezentând o asemănare perfectă ca etiologie, simptomatologie și terapeutică.

Tot atât de mare e asemănarea clinică și între hernia apendiculară și strangularea herniară, leziunile și simptomatologia sunt identice, singura patogenia diferă. Numai pe cadavru sau prin operație se stabilește această deosebită prezentare a apendicelui în hernie,

din punct de vedere clinic câte-și trele aceste forme constituie cadrul apendicitei herniare.

Înainte de a începe descripția apendicitei herniare să-mi fie permis a arăta, ce înțelegem dar prin această afecțiune, căci s'au descris atâtea forme și s'au făcut atâtea subdiviziuni în cât o definiție se impune :

Prin apendicită herniară înțelegem apariția fenomenelor inflamatorii la un apendice care se găsește cuprins în interiorul unei hernii. Această definiție este necesară, căci unii autori au căutat să scoată din cadrul apendicitei herniare, cazurile de strangulare ale apendicelui, sub cuvânt că în acest caz nu există o apendicită ci numai o strangulare apendiculară.

Totuși loată lumea recunoaște că și în acest caz există un fenomen patologic și o evoluție identică cu a oricărei apendicite. Ca atare nu există o deosebire între evoluția clinică și patologică a maladiei, care este aceeași, ci numai în ceiace privește patogenia și aceasta pentru cei ce admit strangularea apendicelui ca entitate morbidă. Ori în memoriul meu mi-am propus să studiez toate formele de apendicite herniare, indiferent de patogenia lor.

Din punct de vedere clinic și operator ne interesează mai mult să cunoaștem evoluția maladiei și modul cum ni se prezintă.

După aspectul clinic vom avea apendicite care se pot prezenta sub 5 forme și anume :

- 1) Hernie simplă reductibilă sau nereductibilă.
- 2) Hernie cu crize durceroase intermitente (colici-apendiculare).
- 3) Flegmonul herniar (apendicită supurată).
- 4) Enterocelul strangulat (apendicită acută).
- 5) Epiploită (apendicită cronică).

Primi termeni sunt cam impropii, dar acesta e în majoritatea cazurilor diagnosticul clinic și numai intervenția vine să corecteze diagnosticul pus.

Din punct de vedere operator avem :

- 1) Apendicita herniară simplă, atunci când în interiorul sacului găsim apendicele singur și al 2-lea apen-

dicita în mijlocul unei hernii, atunci când survine un proces patologic, la un apendice aflat într'o hernie, care conține și alte elemente precum: cecum, jejunul, epiploonul etc.

Limitată astfel apendicita herniară formează obiectul acestei lucrări, studiu monografic dedus din analiza amănunțită a observațiilor cari sunt cele mai caracteristice, observațiuni culese din serviciile clinice-chirurgicale, iar altele împrumutate din teza lui Jacquemin (Paris 1905).

Pentru o expunere metodică a chestiunii am împărțit lucrarea de față în următoarele capitole: Introducere; Istoric; Etiologie și Patogenie; Anatomie Patologică; Simptomatologie și Evoluție; Pronostic; Diagnostic; Tratament; Observații și Concluzii.

Înainte de a intra în studiul acestei chestiuni, îmi îndeplinesc o datorie sfântă de a-mi arăta omagiile mele de respect și admirațiune desăvârșitului clinician și chirurg, savantul profesor doctor *Thoma Ionescu*, atât pentru deosebita onoare ce-mi face prezidând lucrarea mea inaugurală, cât și pentru cunoștințele de chirurgie ce am câștigat la instructivele sale lecțiuni clinice.

Pe D-nii profesori ai Facultății de medicină și juriul meu de promoțiune îi rog să-mi permită a le exprima deosebit respect și recunoștință.

Pe D-l doctor *Iacobovici*, eminentul medic secundar în serviciul d-lui profesor *Thoma Ionescu*, pentru atențiunea și buna-voință ce mi-a arătat în studierea acestei chestiuni, indicându-mi calea spre a duce la bun sfârșit lucrarea de față, îl rog să primească mulțumirile și recunoștința mea.

Pe D-l Doctor *Poenaru Căplescu* pentru gentileța și amabilitatea cu care mi-a servit importanțele sale observațiuni asupra subiectului acestei lucrări, îl rog să primească mulțumirile mele cele mai sincere și respectul ce-i păstrez.

ISTORIC

Abia din secolul al XVIII-lea datează primele noastre cunoștințe asupra herniei apendicelui ileo-coecal. A fost semnalată pentru prima oară în Italia, de către *Morgagni* care, în anul 1762 a publicat în lucrarea sa «Opera omnia» o observație asupra acestei chestiuni. Elevii acestuia au continuat opera începută, fără însă a face lumină deplină, asupra acestui capitol de mare importanță în chirurgia abdominală. Au studiat pe cadavru, diferitele modalități de angajare ale apendicelui în hernie, prezentând cazuri studiate prin disejeciunea pieselor proaspete sau prepararea pieselor uscate, fără însă să dea o lucrare de ansamblu și completă. Aproape în fiecare an s'au publicat observațiuni sau teze de doctorat în care se prezintă chestiunea din diferite puncte de vedere. În Olanda prima observație a fost publicată în 1762 de către *Canper*, iar în Germania de către *Hesselbach* în 1805. În cursul de patologie și terapeutică chirurgicală al profesorului *Hevin*, publicat în 1785 se expune pe scurt chestiunea prezenței apendicelui în hernii. În Franța în 1816 *Choquet* a fost cel dintâi care ne-a lăsat o piesă uscată cu apendicele în hernie. În 1836 *Merling* în teza sa de doctorat în medicină (Heidelberg) publică 2 observațiuni asupra acestei chestiuni. La societatea de chirurgie din Nantes în 1837 *Charian* face o comunicare asupra unui caz de hernie a apendicelui prin orificiul inguinal stâng. *Klein* în anul 1868 este primul care publică o lucrare completă asupra acestui subiect. El raportează 53 observațiuni dintre cari 19 cuprinde cazuri în cari apendicele singur se prezintă în hernie. În Franța în 1872 *Pozzi* prezintă la societatea anatomică un caz de hernie apendiculară diafragmatică la un nou născut. *Levi* la 17 Martie 1893 prezintă la societatea anatomică un caz de hernie apendiculară ombilicală la o femeie. *Pollosson* în *Lyon médical* din 21 Mai 1893 publică un articol asupra strangulării herniare a apendicelui ileo-

coecal. In același an *Alli* în teza sa de doctorat în medicină (Paris) prezintă apendicele în diferite hernii abdominale anterioare. In 1894 *Rivet* în teza sa (Paris) despre hernia apendicelui și apendicita herniară, anunță o teorie asupra strangulațiunii apendicelui acompaniat sau nu de epiploon. In teza lui *Bariety* din 1895 (Paris) sunt observațiuni în cari hernia apendicelui este complicată de apendicită. *Guinard* în *Presse médical* din 28 Noembrie 1896 publică un caz tipic de strangulație a apendicelui fără sac herniar, prezentând însă la nivelul strangulărei două inele cari indicau locul unde canalul apendicular era obliterat. In 1897 în *British. med. Journal*, *Bidwell* publică un caz de hernie crurală ireductibilă constituită de apendice singur. *Gross* publică un caz de apendice perforat în hernie în *Deutsche Zeitschrift für Chir.* XLVII p. 250 din 1898. In același an *Ombredanne* publică un caz de perforație a apendicelui herniat în *Archives générales de médecine*. *Demoulin* în 1900 comunică la societatea de chirurgie din Paris un caz de hernie apendiculară crurală închistată. Tot în 1900 *Buloianu* susține teza sa de doctorat în medicină, tratând despre apendicita herniară. (Facultatea de medicină din București). In Iulie 1902 *Maclaire* și *Dambrin* prezintă la societatea anatomică din Paris un caz de strangulare a apendicelui herniat în inelul crural. La 19 Martie același an *Legueu* raportează la societatea de chirurgie un caz de flegmon gangrenos al scrotului datorit apendicelui herniat. In anii următori se publică multe monografii asupra acestei chestiuni, toate tratând hernia apendicelui din punct de vedere anatomo-patologic. In 1905 apare un studiu clinic asupra apendicitei herniare inguinale și crurale, este teza de doctorat în medicină (Paris) a lui *Jacquemin*, lucrare în care sunt numeroase observațiuni de hernie a apendicelui. A doua lucrare complectă asupra acestei chestiuni este publicată în *Progres médical* în 1906 de către *Longuet* și cuprinde 69 observațiuni, dintre cari 29 relative la apendicocele pure. In acelaș an, la 21 Noembre, *Henry Journal* prezintă teza sa de doctorat în medicină (Paris), tratând despre apendicocele din punct de vedere re-

trospectiv, studiu foarte important și cu numeroase observațiuni, dintre care unele prezintă studiul anatomic al herniei vermiale, iar altele studiul asupra particularităților clinice ale herniei apendiculare și tratamentul chirurgical.

ETIOLOGIE ȘI PATOGENIE

Este foarte greu să avem o idee exactă asupra frecvenței apendicitei herniare, fiind o afecțiune destul de rară. Pare că are predilecție pentru vârsta înaintată, căci după toate statisticele maximum de frecvență este la adult și mai ales la bătrâni după cum reiese și din observațiile noastre. După *Jacquemin*, *Jaboulay* și *Patel* rațiunea pentru care maturitatea și bătrânețea ar da cel mai mare contingent de apendicite herniare, ține de aceleași condițiuni etiologice cari dau naștere și apendicocelului. După *Fournal*, *Sandifort*, *Scarpa* și *Hoffman*, prolapsul apendicular este congenital și ține de aderențele contractate în viața embrionară între vermium și organele vecine; trompă, ovar, testicul, cari în momentul migrațiunei lombo-srotale trag apendicele în hernie; aceste aderențe fiind ulterior cauza apendicitei herniare.

Prolapsul apendicelui poate să se dobândească și acesta e cazul cel mai frecvent, mai ales la indivizi cu hernii vechi, la cari fixitatea apendicelui este slăbită, părțile abdominală este flască, inele lărgite. Apoi compresiunea exercitată de bandaj asupra punctului de hernie predispunând la infecție și consecutiv inflamație cronică a apendicelui, circulația intra-intestinală fiind jenată urmând constipația, aderențele stabilite prin inflamație stragulând apendicele și împiedicând circulația sângelui, poate da naștere la apendicita acută, care mai adesea ori nu este, cum a demonstrat-o *Brun* și *Jalaguier*, decât un episod al inflamației cronice a apendicelui.

După *Journal* etatea tânără pare a fi favorizată din punct de vedere al frecvenței, căci din 44 observații de prolaps apendicular, 19 cazuri sunt copii sub 9 ani; 4 adolescenți; 9 adulți și 12 bătrâni cari însă aveau hernia de când erau de 20 ani.

După statisticele, lui *Sauvage* care cuprinde 29 cazuri, a lui *Rivet* cu 56 cazuri și a lui *Jacquemin* cu 77 cazuri, se constată lămurit că maximum de frecvență se întâlnește la bătrâni. *Levy* stabilește următoarea proporție: 20 cazuri dela 50—60 ani;

20 cazuri dela 60—70 ani.

Cu toate acestea nu trebuie să considerăm extrem de rară apendicita herniară în copilărie, căci *Rivet* a arătat că și în această etate se întâlnesc cazuri destul de frecvente, mai ales sub 15 ani. *Temoïn* publică în *Journal de médecine interne* (1904) două cazuri, un copil de 8 luni și altul de 3 ani. *Le Play* comunică la societatea Anatomică din Paris (1904) trei cazuri de apendicită herniară congenitală. Din statistica lui *Jacquemin* care cuprinde 77 cazuri se poate vedea frecvența apendicitei herniare dela etatea de un an până la 85 ani:

| | | | | |
|----|--------|------|-----|-------|
| 2 | cazuri | sub | 1 | an |
| 6 | » | dela | 1— | 3 ani |
| 3 | » | » | 10— | 20 » |
| 5 | » | » | 20— | 30 » |
| 6 | » | » | 30— | 40 » |
| 12 | » | » | 40— | 50 » |
| 16 | » | » | 50— | 60 » |
| 19 | » | » | 60— | 70 » |
| 7 | » | » | 70— | 80 » |
| 1 | » | la | 85 | ani. |

După gaura de eșire, *Jacquemin* și *Berger* consideră mai frecventă apendicita herniară inguinală decât cea crurală. *Bariety* în 18 observații de apendicită herniară a găsit 12 inguinale, dintre care 2 la stânga, și 6 crurale.

După sex, frecvența apendicitei herniare este astfel considerată: cea inguinală ca apanagiul bărbatului și cea crurală ca apanagiul femeii. *Jacquemin* a găsit la

bărbat 41 inguinale și 4 crurale, iar la femei 3 inguinale și 29 crurale.

După sediu s'a constatat că la femei nu există în stânga nici apendicita inguinală, nici crurală.

Bariety a găsit la bărbat 2 apendicite herniare inguinale stângi, la femei nu s'a semnalat nici un caz în stânga.

Apendicita herniară de obicei este un fenomen ulterior herniei apendicelui, mai adesea se întâmplă să existe o apendicită cronică, produsă în mod lent și foarte rar se întâmplă ca apendicita să se producă în același timp cu hernia.

ANATOMIA PATOLOGICĂ

Apendicele inflamate în hernie prezintă diferite particularități anatomice, uneori are o lungime anormală și este liber, putându-se lua drept o anza a intestinului subțire, în acest caz avem hernie extrasaculară și este în contact direct cu țesutul celular al fosei iliace; alte ori este aderent la sac sau epiploon fiind în acest caz conținut în parte sau în totalitate în sacul herniar, și având diferite direcții de angajare; în general vertical și rectilin, uneori recurbat.

Conținutul sacului herniar este diferit, se poate găsi în interiorul lui numai apendicele singur, destul de des însă se găsește pe lângă apendice și coecul sau ileonul, uneori apendicele și epiploonul fără intestin și alteori apendicele epiploonul și ileonul. De obicei avem un singur sac, s'a găsit însă și sac dublu constituit din doi saci justapusi, unul conținând apendicele și altul coecum. Într'un caz apendicele a fost găsit inflamate în mijlocul unei magme epiploice.

Prolapsul apendicelui prezintă diferite stadii distincte; stadiul inguinal sau interstițial, stadiul funicular sau inguino-funicular, stadiul iliac sau retroperitoneal și sta-

diul testicular, apendicele fiind conținut în acest caz într'un canal vagino-peritoneal complex permeabil.

În general apendicele în hernie este inflammat, dar poate trece prin toate stadiile dela simpla congestie și până la supurație, sfacl și chiar perforație dând în acest caz, liberă trecere corpiilor streini, cari se găsesc în cavitatea sa, cum sunt sâmburi de fructe, oase de pește.

Această inflamație nu este totdeauna acută, poate fi subacută, cronică și supurată, modalități cari corespund de altfel formelor obicinuite de apendicită abdominală (*Longuel*).

În apendicita herniară acută, găsim într'un sac congestionat, plin cu false membrane și în mijlocul unui lichid murdar și de un miros fecaloid, apendicele mărit de volum și turgescenț. Pe secțiune se văd leziuni de apendicită foliculară cu puncte supurate, care se deschid în mucoasă.

În apendicita herniară cronică, care este rezultatul cicatrizării unuia sau mai multor procese acute, găsim apendicele deformat, recurbat asupra lui însuși sau învârtit în jurul unui mezo și aderent la organele vecine. Pe secțiune se văd cicatrici care sunt urmele unui proces acut și leziuni de foliculită în evoluție care pot merge până la supurație. Uneori se observă chisti foliculari.

În apendicita herniară supurată avem în general acelaș proces ca și în cea abdominală. Abscesul este mic de volum și conține un puroi flegmonos sau fecalid. Când abscesele sunt extrasaculare sunt considerate ca extraperitoneale și n'au nici un raport cu prelungirea seroasei peritoneale. *Vautrin* a găsit abscese stângi atât înghinale cât și crurale.

SIMPTOMATOLOGIE ȘI EVOLUȚIE

După cum apendicele se găsește singur în hernie sau însoțit de alte organe, vom avea apendicita herniară cu un aspect clinic și cu o gravitate diferită. În primul

caz avem abscesul stercoral cu turburări abdominale mai puțin grave și cu o stare generală aproape bună, în al doilea caz, care este și cel mai frequent, avem peritonita herniară cu o evoluție foarte gravă.

Inflamația apendicelui în hernie se prezintă cu aceleași forme clinice ca și în abdomen, adică este ușoară, acută sau cronică, fiind însoțită sau nu de peritonită herniară și chiar de peritonită generalizată. După sediul ce-l are inflamația apendicelui, tabloul clinic se prezintă sub aparența a diferite afecțiuni: Epiploita herniară; Flegmonul herniar urmat câte odată de traccete fistaloase; Enterocelul strangulat; Hernia simplă reducibilă sau ireductibilă și Hernia cu crize dureroase intermitente.

I. A) *Apendicita herniară acută ușoară sau forma de epiploită herniară* reprezintă tabloul clinic cel mai obișnuit. În acest caz există o hernie, care datează de multă vreme și este puțin voluminoasă, dar care la un moment dat și fără cauză aparentă devine în mod subit, sediul unei dureri acute, se mărește de volum și în același timp bolnavul prezintă o stare generală rea. Examinând în plica inguinală dreaptă la nivelul canalului inguinal la bărbat sau crural la femei, găsim o tumoră destul de voluminoasă, dură, întinsă, foarte sensibilă la presiune, ireductibilă și acoperită de un tegument moale, care are o colorație normală. Această stare se agravează repede, tumora se relevează mai mult și tensiunea crește considerabil. Prin percuție se găsește matitate iar prin palpate o duritate particulară. Abdomenul se balonează, apar rare vomismente alimentare sau bilioase și constipație fără suprimarea gazelor. Cu toate acestea starea generală este puțin modificată, bolnavul deși are un facies suferind și colorarea pielii ușor subicterică. După câteva zile aceste fenomene se amendează, totul reintră în ordine, dar nu arare ori durerile se măresc, apar vomismente mai dese și trecerea materiilor se face greu așa că intervenția se impune. Acestea sunt simptomele cu caractere speciale apendicitei herniare. Această afec-

țiune debută în mod brusc prin durere violentă și ireductibilitate.

Durerea remarcabilă prin intensitate este localizată la tumoare și continuă cu paroxisme, semn patognomic apendicitei herniare. În privința sediului durerii, autorii nu sunt de acord, unii o localizează la nivelul gâtului herniei, alții susțin că se întinde la toată tumora, iradiindu-se către ombilic, epigastru, flancul drept și mai târziu în întreg abdomenul, iradiațiile însă sunt puțin frecvente și nu constituie o regulă fixă.

Volumul tumorei este în general considerabil în raport cu acel pe care îl avea înainte. Ca consistență tumora este destul de dură și prezintă fenomenul de crepitație. Starea generală ușor atinsă, puțină temperatură, niciodată hypotermie, puls normal sau ușor accelerat, între 80—104. Nu prezintă simptome urinare.

B) *Apendicita herniară acută cu simptome intestinale sub formă de enterocel strangulat* prezintă caracterele unei adevărate hernii intestinale strangulate.

Foarte rară când numai apendicele este în hernie, mai puțin rară, când apendicele e însoțit de coecum sau o anză intestinală. Debutază în mod brusc și prezintă o evoluție destul de gravă. Bolnavul cu o hernie veche și ușor reductibilă în urma unui efort simte o durere vie în regiunea herniară, tumora herniară se mărește și devine nereductibilă. Starea generală este rea, bolnavul are greață, colici și false trebuințe de a defeca. Examinând regiunea herniară, găsim o tumoare dureroasă, tare și întinsă. La percuție găsim matitate, abdomenul e mărit de volum și dureros la atingere. Colicele devin foarte intense și frecvente, greața e înlocuită de vărsături alimentare, apoi bilioase abundente și repetate. Uneori există o acalmie înșelătoare și trecătoare. Constipația e absolută și nu cedează nici unui purgativ, vărsăturile devin fecaloide și sunt urmate de un sughiț violent. Bolnavul are un facies peritoneal și este în prada unei mari slăbiciuni, pulsul e mic, filiform, uneori ușoară temperatură, alteori hypotermie. Acesta e după *Jacquemini*, tabloul clinic al acestei forme de apendicită

herniară. Diagnosticul e greu de făcut, prin intervenție se găsește leziunea apendiculară.

II. *Apendicita herniară cronică sub forma de epiplocel reductibil sau ireductibil*, din punct de vedere al frecvenței reprezintă varietatea cea mai obicinuită, cu toate acestea observațiile asupra acestei forme sunt foarte rare tocmai din cauza benignității acestei afecțiuni. Dacă n'am face examenul histologic al apendicelui și dacă n'am interoga bolnavul cu atenție ca să constatăm dacă hernia este sau nu sediul unor mici crize dureroase și de scurtă durată, dacă n'am căuta prezența în hernie a unui punct în deosebi sensibil la presiune, considerând apendicele sănătos pentru că nu sunt turburări inflamatorii acute cari să ne fixeze atenția asupra lui, atunci turburările datorite apendicitei cronice le-am pune de bună seamă pe socoleala herniei ce bolnavul are de multă vreme. În general un apendicular cronic ne prezintă un tablou clinic înșelător și deseori operând o hernie constatăm leziunile unei apendicite herniare cronice.

Un bolnav atins de această afecțiune prezintă local o tumoare cu toate caracterele epiplocelului sau enterocelului reductibilă sau ireductibilă, tumoare care prezintă în toldeauna într-o regiune determinată un punct de o sensibilitate foarte vie, ușor de găsit prin mișcarea de apărare pe care bolnavul o face când căutăm să-l atingem în acel punct. Faciesul acestor bolnavi indică suferința, legumentul este de o culoare galbenă sub icterică, starea generală e puțin modificată în general, sunt obosiți, cu caracterul schimbător, nervoși și deseori cu turburări gastrice. De obicei tumoarea este destul de voluminoasă; hernia fiind constituită fie de apendice singur, fie însoțit de coecum, epiploon ori o anză a intestinului subțire, și stabilindu-se sau nu, aderențe inflamatorii vechi între apendice și părțile sacului sau epiploon va rezulta reductibilitate sau ireductibilitate și dificultăți reale în tratament.

III. *Forma cu crize dureroase intermitente sau apendicită herniară cu repetiție* este foarte rară. Sunt numai două cazuri în toată literatura medicală (*Temoin* 1905 și

Francisc Hue, 1903). În trecutului abdominal se găsesc crize dureroase repetate cu toate caracterele crizei apendiculare dar cu deosebire, că pe când în abdomen aceste atacuri sunt de o benignitate relativă și tind rar să capete o gravitate în mod progresiv crescând, nu se petrece același lucru și în hernie, se pare că hernia constituie pentru apendice un focar constant de iritație care mărește în mod treptat violența acceselor acute,—apendicele inflammat putând fi în acest caz dese ori agentul de strangulare a intestinului, astfel este cazul publicat de *Hue* în *Normandie médicale* (1 Ianuarie 1903).

IV. *Apendicita herniară supurată sub forma de flegmon herniar câte odată cu traecte fistuloase* este considerată de *Berger* ca fiind datorită inflamației apendicelui, singur conținut în hernie, inflamație care se întinde la țesuturile superficiale, dând naștere după intensitate, la un absces sau la un flegmon.

Regiunea herniară, inguinală sau crurală este sediul unor dureri violente, care sunt mărite prin atingere; este de o tensiune considerabilă însoțită de o împăstare difuză. Pielea care o acoperă este roșie, caldă și dureroasă. Această varietate anatomo-patologică prezintă două forme, când inflamația este localizată, avem forma supurativă, iar când inflamația este difuză, avem forma flegmonoasă.

În primul caz, când inflamația este localizată într'un singur punct, acolo regiunea este mai în relief, prezintă fluctuație profundă și e acoperită de un tegument roșu-violaceu, care se subțiază și curând se ulcerează, lăsând să se scurgă o cantitate oare-care de un puroi felid, amestecat sau nu de gaze, ori de concrețiuni stercorale, producându-se, în acelaș timp, o amendare a fenomenelor locale. Starea generală e ușor modificată, puțină febră, pulsul cam accelerat și ușoare turburări digestive.

În al doilea caz, când inflamația este difuză, regiunea herniară prezintă o tumefacție mai mare, care se întinde și asupra scrotului, constituind astfel o masă de un volum enorm. La palpate regiunea este extrem de dureroasă și cu o senzație de arsură foarte accentuată.

Starea generală e rea, insomnie și slăbiciune mare, sete vie, limba sâburală, greață, vărsături bilioase, adesea constipație, mai rar diaree. Foarte curând pielea se sfacelează în mai multe locuri, lăsând să se scurgă un puroi fetid, stercoral și amestecat cu resturi de țesut celular gangrenat. Sfacelul se întinde și poate ajunge până la scrot, producând destrucțiuni întinse ale țesuturilor. Această varietate este mai rară, se găsesc însă toate intermediarele între forma supurativă și cea flegmonoasă.

V. *Hernia apendiculară închistată* este o formă extrem de rară, o adevărată curiozitate pathologică, nu se citează decât un caz comunicat de *Demoulin* la societatea de chirurgie din Paris la 28 Noembrie 1900.

Observația aceasta vorbește de o hernie kistică în care *Demoulin* arată că se prezintă în interiorul sacului herniar kistic deschis, un al doilea sac plin de grăsime către fund, și plutind în ligidul ce conține primul sac. Acest kist sacular e rezultat dintr'o peritonită adezivă, și limitează înaintea apendicelui, o loge plină cu lichid iar îndărătul acestei loge se găsește apendicele coecal legat de părțile sacului printr'un mezo, el este pal și decolorat, dar de dimensiuni normale sacul apendicelui nu conține ligid și nu comunică cu primul. În rezumat avem o hernie chistică, «hernie în care se găsește înaintea sacului herniar o cavitate care închide un exudat seros mai mult sau mai puțin abundent și care nu comunică cu cavitatea sacului herniar» (*Berger*). «Această cavitate s'a format în acest caz dintr'un sac herniar vechiu și nelocuit, devenit kistic, printr'un kist sacular după expresia lui *Duplay* și în acest kist sacular a pătruns ulterior o a doua hernie formată după prima». (*Jacquemin*) Este o hernie crurală apendiculară închistată.

Evoluția apendicitei herniare este, mai ales în varietatea primă, benignă, în caz de accidente cari pot da naștere la complicațiuni, intervențiunile precoce sunt totdeauna indicate. Peritonita generalizată este astăzi considerată ca extrem de rară. Fistula stercorală este un fenomen benign dacă e urmată de intervenție.

PRONOSTICUL

În general foarte grav, pronosticul apendicitei herniare depinde de doi factori, situația apendicelui inflammat în hernie și gradul infecțiunii. După *Levy* pronosticul este în strânsă legătură cu locul ce-l ocupă apendicele inflammat în sacul herniar, dacă este în întregime herniat gravitatea este mai mică de cât când se găsește incomplet scoborât.

În primul caz, când apendicele inflammat este în totalitate în hernie, inflamația se întinde la țesuturile vecine și dă naștere unei peritonite locale. Dacă falsele membrane, care se organizează pot localiza apendicita, atunci se produce o colecție purulentă, care în caz când nu se intervine la timp, se deschide la exterior într'un punct necrozat, pe unde puroiul se scurge, sau se poate stabili supurații prelungite ori traecte fistuloase; dar dacă falsele membrane nu pot să localizeze peritonita, atunci se stabilește peritonita generalizată căreia îi urmează moartea. Se poate întâmpla ca, rolul falselor membrane protectoare, care n'au avut timp să se producă, să fie îndeplinit de strangularea apendicelui, consecutivă inflamației lui, și să constituie astfel bariera între peritoneul herniar inflammat și peritoneul abdominal sănătos (*Levy*).


În al doilea caz, când apendicele inflammat nu este de cât în parte herniat, strangularea consecutivă îl va împărți în două porțiuni, una intra-herniară care va putea da naștere fenomenelor abdominale de peritonită localizată sau generalizată, după cum s'au produs mai curând sau mai târziu barierele de apărare. În ambele cazuri pronosticul este grav și pentru *Levy* «apendicita herniară este o afecțiune pe care chirurgul trebuie să compteze și pentru care nu trebuie să ezite a întrebuiți mijloacele cele mai energice pentru a scăpa viața bolnavului».

Un factor serios de care depinde foarte mult pronosticul afecțiunii este gradul de virulență al infecțiunii; sunt apendicite herniare atât de septică, atât de toxice,

în cât contra lor toate sursele terapeutice rămân neputincioase.

Cum dese ori intestinul este vecin în hernie cu apendicele inflammat, acesta ultimul poate prin compresiunea ce ar exercita asupra unei anze prinsă între el și un ligament fibros să dea naștere unei strangulări intestinale și consecutiv unei peritonite herniare sau generalizate.

Gravitatea pronosticului este datorită dar complicațiilor cari însoțesc afecțiunea : septicemia, peritonita generalizată, accidente de strangulare sau pseudo-strangulare, datorite peritonitei herniare, complicații cari nu s'ar produce dacă chirurgia n'ar temporiza intervenția. Această temporizare nu este datorită de cât imposibilității punerii unui diagnostic sigur, de aceea nu trebuie nici odată să așteptăm apariția acestor complicații mortale, în totdeauna trebuie să se intervină înaintea apariției lor, precocitatea intervenției constituind un factor important de pronostic al apendicitei herniare.



DIAGNOSTICUL

Diagnosticul de apendicită herniară este foarte greu de stabilit, această afecțiune prezentându-se în general sub aspecte clinice variate : fie de epiploită herniară, fie de entero-epiplocel simplu sau ireductibil, fie de flegmon herniar, fie de enterocel strangulat. Evoluția acestei afecțiuni se face într'un sediu anormal, într'o hernie, unde de obicei evoluează accidente clinicește analoage acestei afecțiuni, care sunt însă datorite unor cauze străine. *Brieger* și *Pollosson* susțin imposibilitatea punerii unui diagnostic sigur, *Trèves* face diagnosticul într'un singur caz pentru că a simțit prin piele prezența anormală a coecului și apendicelui, fapt care de cele mai multe ori este imposibil de realizat.

Lipsa de semne patognomonice ne determină să cer-

celăm sub ce formă se prezintă evoluția afecțiunii și ce particularități clinice ar putea să ne facă să bănuim prezența apendicelui inflammat. Evident că diagnosticul e posibil numai pentru cazul când hernia e dreaptă, apendicele herniat în stânga fiind o raritate specială bărbatului, și cazul tot atât de greu de diagnosticat ca și varietățile de apendicite abdominale stângi: ombilicale, subhepatice, pelviene.

Trecutul patologic al bolnavului ne poate pune uneori pe calea diagnosticului. Un bolnav care a prezentat, în mod brusc, în regiunea herniară crize dureroase intermitente, cu roșeața și tensiunea tegumentului și mărirea de volum a tumorei, crize urmate de completă vindecare, și după un timp oarecare prezentând fenomene de hernie pseudo-strangulată sau de epiploită herniară, la acest bolnav suntem în drept, având în vedere evoluția, să bănuim existența unei apendicite herniare cronice.

Când evoluția accidentelor morbide este moderată, tăcută, se incriminează epiploonul conținut în hernie, când evoluția e alarmanță și sgomotoasă, cauza se consideră a fi intestinul. Un bolnav, care prezintă, în mod brusc, o tumoră voluminoasă, dureroasă, caldă, sensibilă la presiune și în timpul mișcărilor, cu greață, vărsături, constipație, ne reprezintă tabloul clinic al epiplocelului inflammat sau al apendicitei herniare, două afecțiuni diferite. Următoarele semne ne pot servi spre a stabili deosebirea. În apendicita herniară durerea debută în general foarte brusc și prezintă paroxisme, care sunt un element foarte important de diagnostic. Tumoarea este mult mai dură, rare ori e mai moale. În epiplocel se constată, de obicei d'asupra orificiului inguinal o coardă abdominală, dar fiind însă că epiploonul în mod frequent este vecin cu apendicele în hernie, această coardă nu-i de cât un slab mijloc de diferențiere. În fața unui asemenea caz suntem în imposibilitate de a stabili cliniceste diagnosticul, bolnavul de cele mai multe ori nefiind în stare să ne spună exact evoluția

maladiei, și singură intervenția este chemată să clarifice cestiunea.

Se știe că apendicita herniară fără prezența intestinului în hernie poate să simuleze oarecum enterocelul strangulat, după cum se știe că poate fi cauza unei strangulări a intestinului, comprimând o anză conținută în hernie. De obicei, zice *Jacquemin*: «cu pseudo-strangularea, cu ciupirea laterala a intestinului trebuie să se facă diagnosticul».

Când este intestinul în cauză durerea este localizată la gâtul herniei, bolnavul e cuprins subit de mare neliniște, prezintă starea generală rea, supresiunea materiilor și a gazelor, are vomismente continue, la început alimentare, bilioase, apoi fecaloide și curând intră în stare de algiditate, hipotermie, pulsul accelerat și filiform, facies gripal, respirația grea, vocea răgușită.

Când apendicele este în cauză, durerea este întinsă în toată regiunea herniară, ușor exagerată prin atingere, există totdeauna persistența gazelor, vomismentele nu sunt nici odată fecaloide, starea generală este puțin agravată.

În peritonita herniară, inflamația se poate întinde la țesuturile superficiale, apendicita prezintă forma flegmonoasă. În acest caz diagnosticul se face diferit după cum avem un bărbat, la care de ordină în regiunea inguinală avem hernia, sau o femeie unde de regulă în regiunea crurală este hernia. Un bolnav cu o apendicită flegmonoasă, prezintă o enormă tumoră în regiunea inguinală, care cuprinde întregul scrot. În fața unui asemenea caz suntem în imposibilitate de a stabili, dacă avem în față un flegmon scrotal, cordonul, epiploonul și testiculul fiind închiși într'o enormă masă inflamată, supurată și edematizată de jur împrejur. Examenul uretrei și al prostatei ne ajută spre a elimina accidentele genito-urinare.

Când avem un bolnav cu o inflamație mai puțin întinsă dar cu un absces sau o fistulă facem diagnosticul cu o adenită simplă sau tuberculosă.

Se va căuta cu multă atenție dacă în lichidul sero-

purulent nu există produse stercorale, se va cerceta anamneza bolnavului, debutul și evoluția fiind stigmatate de foarte mare importanță.

La femeie diagnosticul se va face cu o adenită acută, cu absces prin congestie, cu un absces ce ține de o cauză locală și cu o hernie inflamată a trompei sau a ovarului.

În toate cazurile diagnosticul apendicitei herniare este foarte greu de stabilit. Se va face în totdeauna prin eliminare și ori de câte ori vom avea a face cu o epiploită, ori un enterocel strangulat sau flegmon herniar cu evoluție anormală, trebuie să ne gândim la apendicita herniară și să căutăm principalele elemente de diagnostic, spre a încerca să evităm confuzia în general fatală.

Totdeauna când nu avem un diagnostic sigur, nu trebuie să așteptăm și să temporizăm intervenția, trebuie de urgență să procedăm la operație.



TRATAMENTUL

Tratamentul apendicitei herniare este numai chirurgical, trebuie să se intervină în totdeauna când apendicele inflamate provoacă accidente acute. *Berger* recomandă să se facă «herniotomia, să se practice rezecțiunea apendicelui, reducțiunea intestinului cu îngrijire spălată dacă a fost contaminat prin contactul puroiului și materiilor, exciziunea epiplonului cuprins în hernie, și după starea de infecțiune a sacului herniar, drenajul și tamponamentul acestuia sau cura radicală a herniei».

Dacă criza inflamatorie este puțin acută, dacă nu există fenomene peritoneale, este recomandat de cei mai mulți autori temporizarea intervenției, până când furtuna a trecut, extirpându-se atunci apendicele în condițiuni mult mai favorabile atât din punct de vedere operator, cât mai ales din punct de vedere al pronosticului.

Natura intervenției variază după cum apendicita herniară este sau nu însoțită de complicațiuni.

OBSERVAȚIUNI

Serviciul d-lui Profesor Dr. Thoma Ionescu
(Operație de d-l Dr. Iacobovici, 9 Noembrie 1908)

APENDICITĂ HERNIARĂ SUPURATĂ, SIMULÂND
O HERNIE STRANGULATĂ. REZECȚIA APENDICELULI. VINDECARE.

Bolnavul S. S. de 47 ani intră în serviciul (al II-lea Chirurgical. Spitalul Colțea) în ziua de 8 Noembrie 1908.

Antecedente hereditare. Părinții morți, nu știe cauza. Un frate a murit la vârsta de 22 ani (cu ocluzie intestinală?), mai are o soră sănătoasă.

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

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

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

Operația. Bolnavul este operat de d-l Dr. Iacobovici la 9 Noembrie seara. Rachianestezie între 1-a—2-a vertebră lombară cu 0,10 ct. gr. stovaină, 0,001 ct. gr. strichnină, 0,00001 ct. gr. atropină, după cinci minute anestezie complectă. Se face o incizie din dreptul spinei iliace antero-superioare până la spina

pubienă și se descoperă un sac herniar foarte îngroșat și fibros. După ce s-a deschis sacul, se găsec în interiorul său numeroase bride și resturi de epiploon transformat în bande de țesut fibros. În apropierea orificiului inguinal inferior, se găsește o tumoare globuloasă, cu baza strâmtă care se întinde spre orificiul intern al canalului. Tumoarea e elastică și fluctuantă. Căutăm să precizăm natura și sediul acestei tumori, pentru aceasta mărăm incizia în sus și dăm de țesutul preperitoneal care este inflammat, același lucru și îndărăt. Cordonul care continuă tumora se prelungește sub peritoneu prin acest țesut inflammat în sus și în afară și pare legat de coecum, deși nu putem determina cu precizie acest lucru. Nefiind siguri dacă avem aface cu un apendice sau cu un diverticul al lui *Meckel*, deschidem această cavitate din care se scurge 50 gr. (aproximativ), de puroi gros, fetid și-l fixăm la buzele plăgei. Se cos straturile profunde cu catgut iar pielea cu setolin.

Mersul post operator. 10 Noembre. Nu există nici un fenomen peritoneal. Starea generală bună.

11 Noembre. Se administrează oleu de ricin, bolnavul are scaun, starea generală bună, local plaga infiltrată.

12 Noembre. Bolnavul e liniștit, nu acuză nici o turburare, i se face pansament local.

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

14 Noembre. Aceiași stare.

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

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

6 Decembre. Bolnavul ese din serviciu, aproape vindicat. Vine să-i se facă pansament până la complectă vindicare.

Serviciul d-lui Prof. Dr. Thoma Ionescu

(Operație de d-l Dr. Poenaru Căplescui)

APENDICITĂ HERNIARĂ GANGRENOASĂ CU PERITONITĂ CONSECUTIVĂ
REZECȚIA APENDICELUI. VINDECARE

Pacientul în etate de 72 ani intră în serviciu în ziua de 19 Aprilie 1906, cu fenomene de hernie strangulată inguino-scrotală dreaptă. În timpul când se prepara bolnavul pentru

operație hernia s'a redus. Starea generală a bolnavului era : puls frequent intermitent, limba saburală, temperatura ridicată.

Operația. Rachistovainizare-lombară 0,08. Incizie pentru cura radicală a herniei. La deschiderea sacului se scurge puroi cu materii fecale fetide. Se transformă intervenția în laparotomie laterală dreaptă. Se găsește coecum mobil și apendicele perforat, gangrenat, situat pe pârtelele sacului în porțiunea superioară; orificiul herniar prezintă un inel fibros lat, pe sac false membrane întinse și în fosa iliacă, pe intestin și în pelvis. S'a practicat apendicectomia după procedeul lui *Gosset* din Lyon, invaginând bontul apendicular sub seroasa scrotală. S'a curățit cu precauțiune falsele membrane, pentru a nu produce leziuni ale seroasei. S'a spălat larg cu ser artificial și drenat. Starea generală gravă. S'a făcut injecții sub cutanate cu ser 3000 grame.

Tratament post operator. Injecțiuni fracționate de ser fiziologic, injecțiuni cu cafeină. Splăături aseptice în abdomen. Pulsul a devenit normal, intermitențele au dispărut, Bolnavul s'a vindecat după 15 zile.

Serviciul d-lui Prof. Dr. C. Severeanu
(Operație de d-l Dr. Jianu)

APENDICITĂ HERNIARĂ ACUTĂ SIMULÂND ENTEROCELUL
STRANGULAT

Pacientul X, este adus de urgență la camera de gardă (Spitalul Colțea) cu starea generală foarte gravă.

Examenul local. — Se constată în regiunea inguinală dreaptă o tumoară de mărimea unui ou de porumbiel, extrem de dureroasă la palpare și împăstare în fosa iliacă dreaptă. Prin tuse se simte această tumefacție venind sub palmă. La percuție matitate completă; canalul inguinal dilatat mult; temperatura 38 grade, pulsul accelerat, constipație, vărsături și sugituri. În fața acestor simptome s'a discutat diagnosticul între o hernie strangulată incipientă și între o apendicită herniară la nivelul orificiului profund al canalului inguinal.

Operația. Cum diagnosticul nu era stabilit cu certitudine, d-l dr. Jianu intervine ca pentru hernie inguinală; străbătând regiunea până la nivelul orificiului profund. Cade peste o co-

lecție purulentă fetidă, angajată în canalul inguinal drept. Se deschide colecția, se spală bine, se drenează. După câteva zile vindecare fără complicații.

Serviciul Prof. Dr. C. Severeanu

(Operație de d-l Dr. Jianu în ziua de 4 Martie 1909)

HERNIE INGUINALĂ DREAPTĂ, APENDICITĂ HERNIARĂ CRONICĂ.
CURĂ RADICALĂ A HERNIEI FĂRĂ REZECȚIA APENDICELUI.

Pacientul I. St. în etate de 67 ani intră în serviciu cu hernie inguinală dreaptă.

Antecedente hereditare și personale. Părinți morți de mult, nu-și aduce aminte cauza morții. Frați și surori n'are. Pacientul a suferit în tinerețe de maladiile venerice, de piept și hemoroizi.

Istoricul maladiei. Bolnavul spune că are în partea dreaptă o tumoare de mărimea pumnului, care datează de 16 ani. La început mică cât o alună, a crescut treptat fără să-i producă vre-o turburare alarmantă. Această tumoră spune că a observat-o, după ce a suferit un traumatism, prin împunsătură de taur. Curând a văzut ivindu-se în regiunea inguinală dreaptă o hernie care la început nu-l supăra de loc, simțea însă ușoare dureri în regiunea lombară. Bolnavul a purtat bandaj. A avut une-ori turburări gastro-intestinale constipație. Când stetea în pat se reducea singură, când voia s'o reducă stând în picioare simțea o durere vagă în toată regiunea care era mai accentuată într'un singur punct. În răstimpuri avea dureri mai mari în regiunea herniară, cu împăstare, sensibilitate și roșeață a tegumentului, durere care dispărea fără să-și facă nici un tratament, urmând apoi intervale mari de liniște în care timp toate aceste semne erau amendate.

Starea prezentă. Bolnavul de constituție slab, cu colorația tegumentelor și a mucoaselor normale, țesuturile moi reduse. Prezintă în regiunea inguinală dreaptă o tumoare obligă de mărimea pumnului, care prin palpate se constată că are un conținut format din niște organe elastice, cari alunecă ușor în cavitatea abdominală, precum și de un corp alungit, vermiform, lung ca de 5 cm. La percuție se constată sonoritate, tegumentul este de culoare normală și prezintă o ușoară tensiune.

Durerea în regiunea herniară este puțin mai pronunțată

într'un singur punct. Bolnavul n'are turburări în defecație nici urinare.

Operația. A fost operat în ziua de 4 Martie a. c. de către d-l *Dr. Jianu* făcându-se cura radicală a herniei, procedeul *Bassini*, fără extirparea apendicelui pe care l'a găsit aderent și inflammat în mod cronic.

Motivul pentru care d-l *Dr. Jianu* nu a rezecat apendicele este că se găsea în fața unui bolnav foarte slăbit, în etate de 67 ani și în fața unor leziuni cronice vechi, cari nu prezentau nici un semn de inflamație recentă și care erau foarte bine tolerate de bolnav.

Leziunile cronice pe care le prezintă apendicele, d-l *Dr. Jianu* le pune pe socoteala deselor reducățiuni ale herniei, și nu l'au determinat să practice apendicectomia, socotind că făcând cura radicală și reducând organul în cavitatea abdominală, aceste leziuni deși instalate, nu vor mai avea posibilitatea să se întindă. În acest caz cred, cu toată argumentarea D-sale, că era mai bine să facă rezecția apendicelui care prezintă un focar cronic, pe care se va putea greșa cu ușurință un proces acut.

Apendicită calculoasă herniară cronică

CURA RADICALĂ A HERNIEI, REZECȚIA APENDICELUI.
VINDECARE

(*Observația d-lui Dr. Poenaru Căplescu*)

Bolnavul X, în etate de 41 ani, se prezintă acasă la d-l *Dr. Poenaru Căplescu* și cere să-l opereze de hernie.

Examenul general și local. — Procedând la examenul bolnavului constată, o hernie inguino-scrotală dreaptă, de volumul unui ou de găscă când stă în picioare și fără să facă sforțări, care se mărește puțin după tuse și umblet. Așezat în decubit dorsal, hernia se reduce incomplet, rămâne un cordon ceva mai dur și prezentând un nodul cât o alună cam la nivelul bazei scrotului drept. Orificiul herniar permite intrarea ușoară a unui deget. Tumoarea e mată și sonoră în parte, tegumentele prezintă un ușor eritem, intertrigo și câteva mici puncte acneiforme. Hernia o are de mai mulți ani și poartă bandaj. Bolnavul robust, cu ușoară obezitate, fața cam roșie-

tică-violacee cu varice capilare. Pulsul plin, arată o hipertensiune arterială manifestă. Cordul ușor ipertrofiat, în pulmoni câteva raluri diseminate de bronchită cronică. Urina conține urme slabe de albumină, glucoză n'are. Ficatul nu trece re-bordul costal.

Operația. S'a interzis bolnavului alcoolul, timp de o săptămână, s-a supus la regim alimentar ușor și după opt zile l'a operat în Sanatoriul d-lui Dr. Gerota.



Cloroformul a fost dat de d-l Dr. Cohn, bolnavul refuzând anestezia regională. Diagnosticul stabilit a fost: hernie inguino-scrorală dreaptă entero-epiploică incomplect reductibilă. S'a practicat cura radicală după procedeul Prof. Thoma Ionescu. Înainte de a diseca sacul o observat prin transparentă că conținutul este în parte ireductibil, bănuind existența coecului și a apendicelui în hernie. În adevăr la deschiderea sacului se con-

stată în interiorul lui, coecul scoborât în hernie împreună cu peritoneul parietal al fosei iliace și cu apendicele în totalitate.

Apendicele este turgescenț și îngroșat, de volumul unui deget, aproape de bază conținând un nodul tare. Aspectul organului fiind net de apendicită cronică calculoasă a fost extirpat, deși intervenția era începută numai pentru cura unei hernii. S'a rezecat apendicele după procedeul lui *Gosset* din Lyon, invaginând bontul într'o pungă seroasă. Sacul herniar nu a putut fi rezecat decât parțial în părțile sau anterior, peretele posterior fiind ocupat de coecum până la extremitatea inferioară. S'a închis sacul prin sutură continuă, reducând coecul în abdomen. Păretele s'a reconstituit cu două fire de argint și trei de setolin (Vezi figura).

Mersul post operator: bolnavul n'a prezentat nici o reacțiune peritoneală, plaga a supurat superficial la nivelul unui punct de sutură. Bolnavul s'a vindecat perfect fără nici o altă complicație.

Apendicită herniară

Observația lui Lévy rezumată. (Teza lui Jacquemin)
(*Archives provinciales de chirurgie. Juillet 1903*)

Femeie de 63 ani, având de 13 ani în regiunea crurală dreaptă o mică tumefacție de mărimea unei nuci, care la intervale depărtate îi producea mici dureri cărora nu le da atenție. În ziua de 14 Ianuarie, în timpul mesei având un acces de tuse, simți la o jumătate de oră după aceea o durere suportabilă în regiunea herniară, durere care n'o lăsa însă să doarmă toată noaptea. Dimineața tumora era foarte voluminoasă și ireductibilă. Durerea generală în întreaga tumoare, mai accentuată însă într'un punct, unde simțea ca înșepături de ace, care une ori erau foarte acute și mai târziu se prezentă sub adevărate paroxisme. Bolnava avea greață multă.

Examenul. La baza triunghiului lui Scarpa era o tumoare crurală cât un ou de găină, situată în dreapta, regulată tare și ireductibilă. Pielea netedă, normală. Matitate la percupe, tensiune, greață fără vărsături. Starea generală neliniștită, facies gripal, puls normal.

Operația. Se constată mare cantitate de ligid seros în

sac, apendicele tumefiat, congestionat, complet recurbat cu concavitatea spre abdomen. Fără complicații. Vindecare.

HERNIE INGUINALĂ CONȚINÂND APENDICELE INFLAMAT.
REZECȚIE. VINDECARE.

(*Le Bec. Revue de chirurgie, année 1888*)

Pacientul de 59 ani intră în spitalul Saint-Joseph cu o fistulă în partea mijlocie a scrotului, purtase înainte bandaj herniar. Testiculul pare sănătos, cordonul este deschis printr'un traect fistulos și cuprins într'o masă inflamatorie semănând cu o masă tuberculoasă supurată.

Operația. Prin secțiunea pielii, a găsit o masă alungită de marginea degetului mic, care părea să fie cordonul îngroșat prin inflamație, și când să fie ridicat s'a rupt. Urmând disecția masei inflamate, se constată că face corp cu sacul, că merge spre canalul inguinal extern și pătrunde în abdomen. Era apendicele aderent la sac cu extremitatea inflamată și în fistulă. Se deschise sacul pe părțile laterale; extremitatea aderentă și supurată fu detașată, spălată, legată și redusă în adomen. Bolnavul avu un simplu absces care se cicatriză curând și se vindică.

HERNIE INGUINALĂ DREAPTĂ, APENDICELE INFLAMAT. REZECȚIUNE.
CURA RADICALĂ A HERNIEI VINDECARE.

(*Dr. Temoin, Journal de médecine interne 15 Sept. 1904*)

Un copil de 8 luni prezintă de odată dureri vii și vomisme în seara de 11 Martie. Abdomenul se balonează și cea mai mică atingere deșteaptă dureri. După 12 zile părinții observă că copilul lor are o hernie inguinală dreaptă scoborându-se până în scrot. La 12 Martie după multe încercări de reducere, trimete copilul d-lui dr. Temoin, care e frapat de volumul herniei, tensiunea sa, timpanism și colorație bronzată a pielii. La 13 Martie se intervine după numeroase încercări de reducere. Incizia dă drumul unei serozități sanguinolente și în sacul deschis se găsește lichid brun, special, analog cu lichidul de peritonită la început. Apendicele este tumefiat voluminos, înconjurat de false membrane recente și lipit de coecul care formează hernia. Se liberează și se secționează coecul dificil redus și operația se termină ca și cura radicală a herniei simple. Febra cade, copilul își reia jocul eupă 10 zile.

CONCLUZIUNI

1. Prin apendicita herniară înțelegem apariția fenomenelor patologice la un apendice conținut într'o hernie.

2. Strangularea apendicelui herniat precum și toate fenomenele care-i urmează intră în cadrul apendicitei herniare.

3. Simptomatologia acestei afecțiuni are puncte comune cu a apendicitelor în genere, dar din cauza sediului și situațiunii extra-peritoneale, ia un aspect clinic, care se apropie foarte mult de aspectul pe care-l dau diferitele organe strangulate.

4. Diagnosticul apendicitei herniare este foarte greu și se face de obicei în timpul intervențiunii.

5. Pronosticul apendicitei herniare a devenit benign de când s'a renunțat la taxis și se face kelotomia.

6. Tratamentul e în raport cu gradul de evoluție al maladiiei.

Văzută și bună de imprimat

Președintele Texei :

Prof. Dr. THOMA IONESCU.

Decanul Facultăței :

Prof. Dr. THOMA IONESCU.

In afară de subiectul texei, candidatul este obligat, a răspunde la orice chestiune medicală, ce i se va pune de către juriul de promoțiune.

BIBLIOGRAPHIE

1762. *Morgagni*.— Opera omnia.
1785. *Hevin*.— Cours de pathologie et de thérapeutique chirurgicales.
1836. *Merling*.— Deux observations d'étranglement de l'appendice coecal hernié. Thèse d'Heidelberg.
1868. *Klein*.— Ueber die aeusseren Bruche des Process vermiformis caecil. Inaug. Dissert. Giessen.
1893. *Pollosson*.— De l'étranglement herniaire de l'appendice coecal, Lyon médical, 21 Mai.
— *Alli*.— L'appendice iléo-coecal et ses hernies. Th. Paris.
1894. *Sauvage*.— Hernies de l'appendice; appendicite herniaire. Th. Paris.
1895. *Bariety*.— Hernies de l'appendice coecal compliquées d'appendicite. Th. de Paris.
1896. *Guinard*.— Hernie étranglée de l'appendice. Bul. Soc. Chir., 10 Juin.
1897. *Bidwell*.— Hernie crurale irréductible constituée par l'appendice seul. *British. med. Journal*. Londres.
1898. *Gross*.— Cas d'appendices perforés dans une hernie. *Deutsche Zeitschrift für Chir* XLVII, p. 250.
1900. *Demoulin*.— Hernie appendiculaire crurale enkystée. Société de chirurgie. Discussion. Berger.
1900. *Butoianu*.— Apendicită herniară. Teza. București.
1902. *Mauclair et Dambrin*.— Hernie appendiculaire étranglée dans l'anneau crural. Juillet. Société anatomique.
1905. *Jacquemin*.— Etude clinique de l'appendicite herniaire inguinale et crurale. Thèse, Paris 1905.
1905. *J. J. Peyrot*.— Manuel de pathologie externe.
1906. *Fournal*.— De l'Appendicocèle (étude rétrospective). Thèse. Paris.
1908. *Delbet et Dentu*.— Traite de Chirurgie. Hernies par Jaboulay et Maurice Patet. Paris

