

CV 1282

8690

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

No. 370

HERNIE DIAFRAGMATICA

*



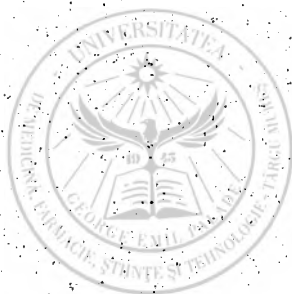
PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE

13/5 1928

DE
ROSA GROSSFELD

1 9 2 7

„FRATERNITAS” INSTITUT DE ARTE GRAFICE
CLUJ, STR. BARON L. POP 10



* 4 4 0 0 0 3 1 0 8 *

Biblioteca UMFST

HERNIE DIAFRAGMATICA



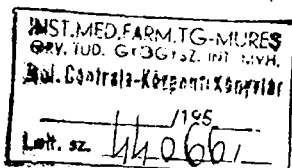
TEZĂ
PENTRU DOCTORAT ÎN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE

13/5 1927

DE

ROSA GROSSFELD

24 MAY 2005



1 9 2 7

UNIVERSITATEA DIN CLUJ
FACULTATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE DIN CLUJ

Decan : D-nul Prof. Dr. *Botez M. A.*

Profesorii :

Patologia generală și experimentală	Prof. Dr. <i>Botez A. M.</i>
Istologie și embriologie umană	„ <i>Drăgoiu I.</i>
Clinica infantilă	„ „ <i>Gane T.</i>
„ ginecologică și obstetricală	„ „ <i>Grigoriu Cr.</i>
Istoria medicinei	„ „ <i>Guiart I.</i>
Clinica medicală	„ „ <i>Hațegan I.</i>
„ chirurgicală	„ „ <i>Iacobovici I.</i>
Medicină operatoare	„ „ <i>Martinescu Gh.</i>
Farmacologie și farmacognozie	„ „ <i>Michail D.</i>
Clinica oftalmologică	„ „ <i>Minea I.</i>
„ neurologică	„ „ <i>Minovici N.</i>
Medicină legală	„ „ <i>Moldovan I.</i>
Igienă și igienă socială	„ „ <i>Negru D.</i>
Radiologia medicală	„ „ <i>Nițescu I. I.</i>
Fiziologia umană	„ „ <i>Panfil Gh.</i>
Farmacia chimică și galenică	„ „ <i>Papilian V.</i>
Anatomia descriptivă și topografică	„ „ <i>PreDESCU-RION I.</i>
Clinica oto-rino-laringologică	„ „ <i>Tătaru C.</i>
Clinica stomatologică (supl.)	„ „ <i>Thomas P.</i>
Clinica dermato-venerică	„ „ <i>Urechia C.</i>
Chimia biologică	„ „ <i>Vasiliu T.</i>
Clinica psihiatrică	
Anatomia patologică	

Juriul de promoțiune :

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

Membrii : { D-1 Prof. Dr. *Papilian V.*
 „ „ *Negru D.*
 „ „ „ *Hațegan I.*
 „ „ „ *Botez A. M.*

Membru supleant : D-1 Docent Dr. *Goia I.*

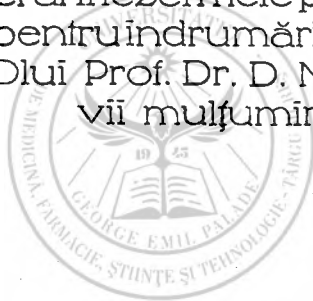
Părinților Mei

Inchin această
lucrare, în semn
de dragoste și
recunoștința



Dlui Prof. Dr. I. Iacobovici
fi exprim viile mele mul-
fumiri pentru bunavoina
cemi-a aratat cu prilejul
lucrării tezei mele precum
și pentru îndrumările date.

Dlui Prof. Dr. D. Negru
vii mulfumiri.



Hernie diafragmatică

Definiția

Sub hernie diafragmatică înțelegem trecerea viscerelor abdominale în torace printr'un orificiu normal sau patologic al diafragmului.

Ernia aceasta produce modificării constante în morfologia și topografia viscerelor abdominale și celor toracice.

Etiologia

Factorii etiologici sunt următorii:

Sexul. Este mai deasă la bărbați decât la femei: explicația în felul de viață. În statistica lui *Lacher* dintre 146 cazuri sunt 119 la bărbați și numai 27 la femei; aceasta la cele câștigate, iar la cele congenitale 56 bărbați și 36 femei, și poate, că diferența e și mai mică, căci în cele mai multe cazuri, nu s'a specificat sexul, ci numai „nou născut“ sau „copil“.

Profesiunea. Se întâlnește mai mult la indivizii, cari se ocupă cu munca fizică grea și cari sunt expuși la pericole, de ex. soldații, marinarii, lucrătorii de pământ, zidarii și unori la indivizi, la cari nu ocupația, ci întâmplarea joacă rol, sau încercare de suicid, cum s'a observat în unele cazuri.

Se observă des în ultimul timp din cauza plăgilor de război.

Etatea. Are influența numai la cele dobândite și pare a avea o afinitate mai mare în a 2-a perioadă a vieții și mai ales, prin ruperea diafragmului, fiind în relație cu pierderea elasticității țesuturilor în această vârstă.

Din statistica lui *Stürz*: dintre 28 cazuri 9 la 50 ani sau deasupra, 8 între 30—35 ani și 5 sub 20 ani, iar la 6 cazuri nu s'a notat vârsta.

Cauza

La cele congenitale. Desvoltarea embriologică (pe care o vom descrie mai târziu) bolile diafragmului, stări inflamatoare a pleurei sau peritoneului în viața intrauterină, la care ia parte și diafragmul și a cărui consecință e relaxarea țesutului diafragmatic.

La cele traumatice. Survin în urma cauzelor externe, cari sunt: Leziuni prin instrumente ascuțite, mai ales a părții stângi, căderea de obicei de la o anumită înălțime, împușcare, sguđuire, compresiunea toracelui, traumatisme nedefinite cu fracturile coastelor.

Toate plăgile toraco-abdominale, favorizează desvoltarea acestor hernii.

În unele cazuri, unde există o predispoziție a diafragmului pentru rupturi, aceste pot fi produse în urma unui efort a presiunii abdominale. Breme citează un caz, unde hernie era produsă prin însuflarea stomacului cu acid carbonic.

Patogenia

H. d. congenitală. *Cruveilhier* crede, că prolapsul viscerelor în torace este faptul primordial, iar existența unui orificiu în diafragm este în mod secundar.

În general, h. d. congenitală trebuie considerată ca o anomalie în desvoltare.

Desvoltarea embriologică a diafragmului e încă obscură. După teoria clasică, diafragmul e constituit din 2 părți diferite: unul anterior, numit septum transversum, care se desvoltă mai precoce și e intim unit cu schiță (primitiv) conjunctivă a ficatului și e destinat la desvoltarea celei mai mari părți a diafragmului definitiv; altul post. numit stălpul lui *Uskow*, care vine mai târziu pentru a termina cloasanul. Suturarea acestor două părți se efectuează către a 8-a săptămână.

Această schiță d. e formată la început numai din țesut conjunctiv și abia mai târziu e invadat prin elementul muscular, care intră de la periferie către centru.

O cauză, care oprește unirea septului transvers cu stâlpii lui *Uşkow* poate acționa înaintea suturării celor 2 schițe și să dea h. d. embrionară (precoce, fără sac) sau dă h. d. foetală (cu sac) unde există o lipsă de dezvoltare într'un punct de fascicule musc. și avem continuitatea seroaselor.

Afară de defecte, putem avea traumatisme cari acționează indirect pe fetus, și formează soluție de continuitate în diafragm. Că aceste cazuri există, avem dovadă că, mamele acestor copii, după cum spune *Blösl*, își aduc aminte de traumatisme suferite în timpul gravidității.

Putem găsi, în urma anomaliilor de dezvoltare lipsa completă a diafragmului, sau cum e mai des, lipsa centrului tendinos.

În caz că, pe lângă defectul diafragmului întâlnim și lipsa pleurei și peritoneului, viscerele pot prin aceasta deschizătură, să ajungă în torace, fără sac de sigur. În aceste cazuri nici nu e vorbă de hernie diafragmatică propriu zisă, ci de „*prolapsus viscerum transdiafragmaticus*“ și spre deosebire de h. d. adevărate, le numim h. d. false.

Aceste sunt de 10 ori mai frecvente decât h. d. adevărate.

Importantă este și închiderea tardivă a porțiunii lombare cu cea costală, căci din această se înțelege persistența unei găuri, chiar la acest nivel. Când se închid și seroasele, totuși rămâne adeseori o mică gaură în musculatură ca de ex. hiatul lui *Bochdalek*.

Herniile formate prin lipsa de dezvoltare, deobicei n'au sac.

Cele cu sac, provin în cele mai frecvente cazuri la hiatul lui *Morgagni*, cari ajung în mediastinul anterior. Herniile se pot dezvolta uneori și lângă celelalte orificii fiziologice, mai des lângă orificiul esofagian, apoi la trecerea ner-

vului splanchnic, mai rar la orificiul aortic și nici odată la orificiul venei cave.

H. d. dobândite. Importanța deosebită prezintă h. d. câștigate. Noi socotim la această grupă, toate acele cazuri, unde printr'o cauză violentă s'a făcut o leziune a diafragmului.

Toate plăgile, cari interesează partea inf. a cutiei toracice, sau cea superioară a abdomenului, poate atinge diafragmul. Leziunile pot fi produse pe cale percutană și subcutană. Pot fi produse direct și indirect.

Răniri directe: lovituri, răniri prin armă de foc, prin explozii de obuz și prin împunsături.

Prin soluția de continuitate a diafragmului, organele prolabază imediat, sau se poate întâmpla, că leziunea să nu se complice cu hernia, ci plaga să se cicatrizeze normal; dar mușchiul la acest loc, prezintă o rezistență diminuată și poate după un anumit timp să se destindă prin împingerea organelor abdominale: așa se naște h. d. adevărată cu sac.

Coexistența unui sac la h. d. câștigată, depinde și de aceea că, în momentul rupturii sau crăpăturii se rup și seroasele, ambele sau numai una dintre ele, sau că ele rămân intacte.

Aceste sunt însă excepții: 10 cazuri din 181 după statistica lui *Grosser*.

Mai deseori cicatricea se rupă și viscerele trec direct în cavitatea toracică, fără sac.

Răniri indirecte. Sunt produse de cauze violente, cari acționează prin mărirea presiunii abdominale în așa măsură, că elasticitatea diafragmului e invinsă și rezultă o ruptură.

Mărirea presiunii intraabdominale poate cauza hernia și prin acțiunea dilatatoare asupra orificiilor fiziologice, prin cari proemină gradat peritoneul parietal ca sac, h. împingând și pleura înăntea sa.

În această grupă se pun și cazuri, unde diafragmul e lezat printr'o boală și atunci, prin o ușoară mărire a presiunii se formează o hernie (abces frenic, empyem, carcinom etc.)

Mecanismul prolăbării. Are loc imediat după leziunea diafragmului, sau mai târziu ca consecința tracțiunii exercitate de presiunea negativă a toracelui la respirație și hipertensiune la tușă și presiunii exercitate pe deschiderea diafragmatică nevindecată complet.

Ca dovadă că, presiunea mărită joacă rol la herniare după *Schloessmann* și *Hess* este faptul că, la indivizii cu leziune diafragmatică, cari au știut a se cruță, au rămas latente.

Într'un caz descris de *Gruber* stomacul nu era prolăbat mai înainte, ci presiunea negativă trăgea tot mai mult epiploonul, care era urmat de stomacul aderent de el.

Alți cred că, prolăbarea nu se poate face ulterior, ci numai imediat după leziune. Ca dovadă servesc datele anatomice; s'a găsit aderențe largi între organele prolăbate și disproporția între orificiul herniar și conținutul său.

Aderențele sunt sau consecința lezării organelor, sau ele trădează o excitație cronică și arată că suprapunerea organelor cu locul leziunii să fi avut loc timp îndelungat.

Orificiul herniar e descris de toți autori, ca extrem de dur, și că nu e cățusi de puțin elastic, deci este imposibil că mecanic, organele să fi intrat ulterior prin această mică deschizătură.

Soluția de continuitate, prin care viscerele abdominale ajung în torace, se formează deobicei nu în partea tendinoasă, ci mai mult în cea musculară, prima fiind mai rezistență.

Deschizătura se produce mai mult în partea posterioară, decât în cea anterioară, după cum ne arată statistica lui *Duguet*.

Hernierea se face de cele mai multe ori prin așa numitele puncte slabe ale diafragmului, cari în ordinea frecvenței sunt:

Orificiul lui *Morgagni*, orificiul esofagian, hiatul lui *Bochdalek*, orificiul pentru trunchiul simpaticului și a splanchnicului, în fine foarte rar orificiul aortic, iar orificiul venei cave nu s'a văzut nici odată.

Deasemeni, herniile câștigate, au loc mai des pe partea stângă.

Din statistica lui *Lacher* dintre 276 cazuri erau 225 la stânga și 42 la dreaptă: la 6 cazuri nu se precizează.

La cele traumatiche 217 pe partea stângă, 23 pe dreaptă, iar la cele congenitale 98 la stânga și 19 la dreaptă. În observațiunile lui *Popp* găsim dintre 36 cazuri 31 pe partea stângă, și numai 5 pe dreapta.

Explicație constă în faptul, că partea stângă a diafragmului e mai slabă decât cea dreaptă, aceasta din cauza poziției ficatului, care prin extinderea lui și prin suprafața sa convexă e situat pe diafragm, constituând astfel un bun mijloc de apărare și anume: la defecte mai mici împiedecă inclavarea organelor abdominale: pe de altă parte, o forță venită din jos, prin întinderea presiunii sale pe o suprafața mai mare (ficatul) slăbește și așa ruperea muschiului se face mai cu greu.

Bochdalek spune, că așa numitul orificiu al lui *Bochdalek* din partea dreaptă e mai puțin dezvoltat ca cel din stângă.

Lovirile, împunsăturile, înpușcarea pornesc mai întotdeauna din partea dreaptă — ținând seamă de faptul că cei mai mulți oameni se servesc de mâna dreaptă — astfel că ele ating pe adversar în partea stângă, ceea ce produce frecvența mai mare a leziunii în stângă.

Anatomia patologică

La h. d. congenitală

Se găsește sau lipsa completă a diafragmului, lipsa unei jumătăți, sau cum se întâmplă mai adeseori, lipsa centrului tendinos.

H. d. congenitală e caracterizată prin existența unui orificiu anormal, mai mult sau mai puțin larg, în diafragm și prin trecerea viscerelor abdominale prin acest orificiu.

Visceralele cele mai des întâlnite sunt: stomacul, care poate fi prolabat total sau parțial, epiploonul, intestinul subțire și cecul, care ne servește și pentru diagnostic diferențial

de cele traumatice, unde cecul e fixat și nici odată nu-l găsim herniat. La turburări în dezvoltare se întâmplă de multe ori, că intestinul subțire și cel gros, cari au mesenterul comun, permit o mobilitate mare.

Aceste viscere pot fi goale sau, acoperite cu seroase, formând un adevărat sac, de unde și diviziunea în h. d. false și h. d. adevărate.

În primul rând observăm unilateralitatea leziunii pe partea stângă, a cărei cauză am expus-o la patogenic.

Dintre organele toracice: plămânul de partea respectivă poate fi sau rudimentar, sau comprimat mult, aproape atelectaziat. Inima și pericardul deplasate și nervul frenic subțire.

Orificiul de obicei e larg și are forma rotundă sau uneia semilună, cu margini netede. Muschiul e redus la o bandă semicirculară mai mult sau mai puțin strâmtă, aderentă de circumferință anterioară a toracelui. Aderențe între orificiul și organele proluate nu există.

H. d. congenitale se produc de obicei prin orificiile naturale.

Unele orificii sunt de obicei rotunde sau ovale, uneori sub formă de crăpături strâmte, ocupând centrul frenic.

La cele traumatice

Viscerele cele mai des întâlnite: stomacul, epitoonul, colonul, intestinul subțire. Și aici hernierea se face sau prin orificii naturale, sau printr'o soluție de continuitate. Aceasta soluție de continuitate se face mai mult în partea musculară, decât în cea tendinoasă și mai mult în partea posterioară, decât în cea anterioară.

Putem găsi plaga vindecată, care lasă o deschizătură asemănătoare unei butoniere, mărginită de pleura și peritoneu. Orificiul îl găsim zdrențuit, dar la cele cronice îl putem găsi și neted, prin procese de rezorbție.

Pleura și peritoneul pot adera una cu celalalt prin orificiu, ceea ce se întâmplă uneori și cu organele toracice. Pulmonul se deplasează în sus și înapoi, mai rar în pericard

(Baker) sau în mediastin (Franceschi). Aceste h. d. sunt fără sac. În cazuri foarte rare se găsesc prevăzute cu sac și anume când leziunea diafragmului nu era urmată imediat de herniare, ci aceasta se făcea ulterior.

Clasificarea herniilor diafragmatice

În general se admit: *congenitale* și *traumatice, vera* și *spuria*.

Dreifuss socotește ca traumatice, toate cari, se prezintă după traumatisme, și congenitale, pe cele găsite întâmplător la disecție, fără a lua în considerare forma, și aspectul orificiului ce există pe diafragm.

Steerling zice că: congenitale sunt acele, la cari deschizătura diafragmului prezintă margini subțiri, discrete și la cari găsim și sacul; în urmă, însă recunoaște, că existența sacului e un lucru așa de rar, că nu poate avea importanță.

Balfour având în vedere geneza h. d. deosebește: h. d. congenitală și dobândită. La congenitală face deosebire între h. d. congenitală fără traumatism și h. d. congenitală traumatică.

La cele netraumatice aparțin cazuri, unde avem: a) deschizătură anormală în diafragm, sau b) dilatația unui orificiu normal, c) o despărțire a fasciculelor musculare, sau că d) musculatura în anumite locuri nu e dezvoltată suficient.

Cele traumatice sunt acele, unde în antecedente găsim un oarecare traumatism. Ele survin prin depărtarea fasciculelor musculare, prin ruptură a diafragmului.

Cea mai bună împărțire e alui *Cruvellheir* și *Lacher*.

I. H. congenitale aici aparțin:

- a) la cari individul s'a născut cu hernie și
- b) acele, la cari la naștere există numai predispoziție pentru hernie, iar hernia propriu zisă se poate desvolta numai mai târziu, ocazional.

II. H. dobândite :

- a) când se face o ruptură a diafragmului, ori
- b) unde, pe lângă anumite predispoziții hernie ia naștere printr'o cauză accidentală; de ex. eforturile diafragmului, cum se întâmplă la vărsături sau la dureri de facere.

De sigur, că în aceste cazuri și dispoziția trebuie să fie dobândită în viața extrauterină; ex. prin o inflamațiune anterioară sau neoformație a diafragmului, prin cari se produce un „locus minoris resistentiae“.

Se mai împărțesc în: *h. d. cu sac* (sau vera) și *fără sac* (sau spuria).

Studiul Clinic

Deosebirea între *h. congenitale* și cele *traumatice*

H. d. la noul născut

Aproape nici odată nu'l diagnosticăm, căci pacientul moare în câteva zile din cauza compresiunii organelor toracice: acestea se găsesc împreună cu malformațiuni cari sunt incompatibile cu viața.

H. d. congenitale pot rămâne latente toată viața și să nu determine nici o turburare; așa *Thoma* a constatat la autopsia unui om de 35 ani, care a murit de pneumonie, lipsa completă a jumătății diafragmului.

Subiectiv. În unele cazuri, fără a aduce turburări grave, hernia e însoțită de câteva fenomene, cari ne atrag atențiunea din partea toracelui și tubului digestiv. Colici epigastrice, dispnea și cianoza după alimentație, regurgiațiuni și vărsături câteodată sangvinolente (*Giffin*).

Fizic. Se găsește deplasarea inimei la dreaptă și a pulmonului în sus. În regiunea inferioară există o zonă sonoră cu abolirea murmurului vesicular, ghiorăituri intestinale.

Diagnosticul e f. greu de făcut. În statistica lui *Giffin*, între 600 cazuri numai la 15 s'a pus diagnosticul precoce.

H. d. dobândită

Uneori evoluează fără simptome; în alte cazuri cu simptome atât de variabile și minime, încât diagnosticul se face numai la autopsie sau pe masa de operație.

Aceste sunt cazuri, unde nu putem ști cu siguranță, dacă e vorba de o hernie congenitală, sau dobândită, mai ales când ne lipsesc datele anamnestice sau eventual urmele unui traumatism la cadavru.

În general, simptomatologia depinde de leziunea anatomicopatologică a organelor toracice, de timpul petrecut de la producerea herniei și de cantitatea viscerelor cari s'au dislocat.

Organele respective nu numai că sunt dislocate din poziția lor, dar sunt și deranjate în funcțiunile lor, din cauza compresiunii din partea viscerelor abdominale.

Simptomele subiective

Din partea însuși a diafragmului. Caracteristică este durerea în umărul stâng, (Phrenicussymptom, Oehlecher) și e datorită excitațiilor venite din nervul frenic, cari se proiectează pe teritoriul segmentului al 3. și 4. cervical. Excitațiunea depinde de leziunile organelor abdominale și de hemotorax, care e consecința lor.

Din partea organelor toracice. Aceste sunt foarte alarmante și sunt datorite pe de o parte dislocării organelor toracice, pe de alta parte datorite compresiunii exercitate de visceralele abdominale.

Bolnavii se plâng de senzație de greutate, care se datorește turburărilor circ. și resp. Simt lipsa de aer, au palpațiuni și stare anginoidă. Dispnea e consecința compresiunii pulmonului și dislocării inimii, sau se produce pe cale reflexă din cauza leziunii diafragmului. Numai în cazuri excepționale lipsește și e variabilă după mărimea herniei și după starea de conținut de aer a stomacului și a intestinului. Uneori ea este singurul simptom a h. d.

Tusa, cu expectorație hemoragică, accese de sufocare, inegalitatea respiratorie, imposibilitate de a se culca pe partea opusă, senzația de furnicătură pe ambele părți a toracei, senzația că i-se rupe ceva în torace.

Dureri în torace, cari se prezintă ca junghiuri, sau ca dureri permanente. Dureri ce pot fi difuze sau circumscrise; cea din urmă e datorită tracțiunii viscerelor herniate prin punctul lor de inserție și durerea iradiază către coaste și toracele stâng.

Pulsul este mic, neregulat și frecvent.

Din partea organelor abdominale: Disfagia, uneori disfagia paradoxă, care după concepția lui *Orth* e datorită torsiunii stomacului prolabat.

Simptomele sunt diferite după organele prolabate. Tracțiune și apăsare în abdomen fără localizare precisă și variabilă.

Simptomele gastrice:

Greață, eructațiuni acide, vărsături uneori incoercibile, stare de plenitudine, distensiune în stomac, mai ales după alimentație și sete extraordinar de mare. Dispepsia, dureri post alimentare ce dispar după evacuarea stomacului. Bolnavii nu suportă decât alimentație ușor digerabilă, și în cantități mici. Pentru a-și alina durerile, se culcă pe partea bolnavă. Prezintă inapetență, sau apetit capricios. Inapetență, alternând cu foamea dureroasă.

Simptomele intestinale:

După cantități mici de alimente, dureri sub formă de colice, constipația, alternând cu diarea. Colonul prolabat dă senzația de greutate în partea sup. a abdomenului și duce deseori la constipația rebelă.

Aceste simptome se accentuează după eforturi fizice.

În rare cazuri, unde numai o parte a stomacului e inclavat s'a observat că, după alimentația abundentă, dispneea s'a ameliorat.

Explicația verosimilă ar fi că, pe de o parte stomacul prin greutatea mărită de alimente, pe de altă parte prin mișcări peristaltice, cari se produc după alimentație, e silit să reîntre în cavitatea abdominală, dar după golire iarăși dislocă.

Simptomele obiective

Inspekția: Partea superioară a abdomenului este escavat, iar partea respectivă a toracelui e bombat, ea nu face mișcări respiratorii. Stomacul e dilatat maximal, e mobil și apasă diafragma stâng în jos, consecința acestei apăsări e bombarea sub falșele coaste.

La respirație, vedem asimetria toracală, și mișcarea paradoxă la scoborârea toracelui stâng.

Palpația: Observăm hipersenzibilitatea la partea superioară a abdomenului; fără apărare musculară.

Percuția: Aproape în toate cazurile, unde există probare a mai multor organe, găsim inima și pericardul deplasate; la fel și celelalte organe mediastinale. Aceste dislocare deseori, e atât de însemnată, încât șocul apexian se simte la dreapta sternului.

Aceasta are o valoare foarte mare pentru diagnostic, deci în toate cazurile, unde avem dextrocardia, trebuie să ne gândim la h. d. afară de cazuri, unde ele își găsesc explicația: cum de ex. empyem la partea stânga, pneumotorace sau „situs inversus viscerum totalis.“

Dacă s'a dislocat mai multe organe cari contin aer, avem simptomele unui pneumotorax. Diagnosticul diferențial, că la h. d. sonoritatea e variabilă după gradul conținutului de aer a viscerelor și avem ghiorăituri stomacale și intestinale în torace, spontan, sau prin introducere de CO₂ și găsim poziția diafragmului în sus, iar abdomenul flasc.

Putem încă găsi, mai ales după alimentație lichidă, fenomene de sucuziune.

Găsim timpasism la stânga inimei, la partea anterioare, laterale și inferioară a hemitoracelui stâng, cari se schimbă după conținutul găzos a diferitelor organe (stomac, intestin).

Ascultația : Sucuziunea Hipocratică la torace și lipsa murmurului vezicular. Zgomote respiratorice, uneori freamăt. Deseori auzim ghiorăituri la apăsarea stomacului.

Studiul radiologic

Diagnosticul cel mai sigur se face cu ajutorul radioscopiei. Punerea diagnosticului e foarte importantă din punct de vedere al prognosticului, căci diagnosticul precoce aduce salvarea vieții bolnavului.

Examinarea se poate face cu, sau fără mijloace de contrast. Dăm bolnavului substanță opacă, administrate per os pentru stomac, și în formă de clismă pentru intestinul gros.

Bolnavul va introduce aceste substanțe chiar înaintea ecranului, pentru a se putea urmări cursul lor chiar de la început.

Luând în vedere starea de plenitudine a viscerelor trebuie, deci examinat în diferite ore ale zilei.

Normal, diafragma în inspirație se desemnează în dreapta la coastă 5-a, în stânga la coasta 6-a.

În hernia diafragmatică vom găsi: linia corespunzătoare diafragmului, neregulată cu soluție de continuitate, lăsând să treacă prin ea o parte din viscerele abdominale, în cavitatea toracică propriu zisă. Această linie variază în diferite pozițiuni și sub influența schimbărilor presiunii toraco-abdominală. Când presiunea abdominală se mărește, se observă expansiune a maselor viscerale, trecute în cavitatea toracică.

S'a observat disfagia și disfagia paradoxă.

Și cu substanțe opace e greu a observa imaginea precisă, căci chiar contrastul natural între câmpul pulmonar și abdominal, în cazul prolabării organelor abdominale în torace, nu mai e dat.

H. d. mici pot fi diagnostizate prin respirația intactă a porțiunii sănătoasă și prin ridicarea paradoxală inspiratorie

a viscerelor. Se vede bine și o încălțare eventuală a unui organ, cum de ex. stomacul.

Apoi se poate vedea schimbarea conținutului în timpul digestiei.

La h. d. mai mari de multeori e foarte greu, diagnosticul radiologic Transluminarea frontală și oblică are importanță deosebită.

Se poate diferenția: că umbra diafragmului e întreruptă și câmpul pulmonar e întunecat prin viscerele abdominale și mai ales de epiploon; dar poziția fiecărui organ separat, e greu de diagnosticizat.

Imaginea fiind influențată și de schimbări topografice, produse în urma comprimării organelor toracice, pulmonul e dislocat, inima împinsă la dreaptă, mai ales post alimentar. Dacă defectul atinge numai partea posterioară, inima e împinsă înainte și la stângă.

Examinarea formei, poziției și mobilității organelor proluate se face în anumite pozițiuni și în mai multe rânduri:

Stomacul: se examinează la transluminare sagitală: o linie boltiformă, arcuită întratoracală, care la observație superficială se confunde cu conturul diafragmului; dar de fapt această linie corespunde părții superioare al stomacului. Mișcările lui în respirație sunt exagerate, mai ales când e concreșcută cu ruptura diafragmului și așa e tras înapoi în inspirație.

Ușurează diagnosticul, dacă vedem undulațiuni peristaltice ale stomacului. Stomacul prolabat, de obicei se află într'o poziție atât de înaltă, încât câmpul pulmonar stâng se vede numai pe o jumătate de întindere ca cel drept.

Stomacul, de obicei face o torsionare, astfel, că curbura mare e în sus, partea pilorică e dirijată înapoi și la transluminarea sagitală, stomacul apare scurtat.

Uneori ne reușește, să vedem drumul substanței opace cu transluminare oblică, și se constată că, timpul de evacuare e prelungit.

Se poate distinge o parte toracală și una abdominală

a stomacului. Aceste două porțiuni sunt despărțite printr'o strangulare, la locul corespunzător defectul diafragmului.

Bula de aer se găsește în partea toracală:

Rareori, se poate găsi stomacul în poziția normală.

Epiploonul de regulă trage după sine și o porțiune din intestin. Mai ales h. d. mici, conțin epiploonul.

Duodenul e fixat în cavitatea abdominală prin ligamentul hepato-duodenal.

Intestinul subțire. Se văd anse, conținând aer, dând o umbră în formă de uluci, lângă stomacul prolabat.

Cecul se găsește numai la cel congenital.

Colonul transvers: găsim flexura lui stângă în hernie; și se găsește foarte mult tras în sus.

Colonul ascendent poate fi dislocat la stângă:

Eventual putem găsi și pancreasul, splina și chiar rinichiul.

După *Knagys* dintre 53 cazuri s'a găsit de 22 ori stomacul și colonul, și de 9 ori stomacul singur. Colonul singur nu s'a găsit nici odată.

Examenul radiologic are importanță deosebită la facerea diagnosticului diferențial, mai ales fața de eventrație diafragmatică, la care voiu reveni la capitolul diagnosticului diferențial.

Evoluția și complicațiuni

La h. d. congenitală.

Când ajunge un grad mare, este incompatibilă cu viața. S'a observat la foetusuri neviabili și lipsa completă a diafragmului.

În grad mai mic, poate fi tolerată ani de-a rândul și să nu dea accidente, decât în vârsta adultă.

H. d. congenitală e expusă la strangularea, accidentală de cele mai multe ori și e de o extraordinară gravitate.

Prezintă toate semnele unei ocluziuni intestinale acute,

cu dureri violente epigastrice și dispnea precoce, dar abdomenul e retractat, iar baza toracelui bombează; prezintă sonoritate timpanică și inima e deplasată la dreapta.

Aceste semne permit câte odată un diagnostic precis, dar cel mai deseori se presupune numai o strangulare internă și se face laparatomia exploratoare.

La h. d. dobândite:

Unde intrarea viscerelor se face brusc, e urmată de moarte subită, sau aceasta urmează în timp scurt și depinde de cantitatea viscerelor intrate în cavitatea toracică. Drept cauză a morții, trebuie încă amintit, șocul, și paraliză, datorită compresiunii plămânului și inimii.

Cazuri, la cari bolnavul prezintă deodată dureri f. mari în epigastru, dispnea, și cianoza pronunțată, de obicei nu s'au putut observa mai departe. Aceste cazuri sunt clasate sub numele de h. d. acută.

Avem alte cazuri, unde hernierea se face mai încet cu simptome mai ușoare, iar viața individului nu e așa de mult periclitată: aceste se numesc h. d. cronice.

Aici se clasează încă și acele cazuri, unde cauza morții nu era însuși hernia, ci alte leziuni, ex. frac'tura coloanei vertebrale, cu lezarea măduvei sau compresiunea cerebrală, etc.

Indivizii cu h. d. cronice, pot trăi ani de-a rândul își pot urmări ocupația lor obișnuită, trebuie numai să evite eforturile fizice și greșelile alimentare.

Bolnavii mor, în boli intercurente ca pneumonia, pleurezia etc., sau în urma complicațiilor herniei.

In general: un om rănit cade jos, perzându-și cunoștința, apoi după un oareșcare timp își revine, având dispnea mare și prezentând ore întregi greață și expectorând sânge în câteva zile aceste simptome alarmante se ameliorează.

Alimentația, care în primul timp era împiedecată, devine normală. Cam peste 2. săpt. bolnavul se simte bine.

Comportarea mai departe se divide în două grupe:

I. Starea generală bună se menține, prezintă numai o

senzație de greutate în stomac, care e independentă de alimentație și o stare de dispnee, care tot recidivează, apetitul e păstrat, scaune regulate.

După un efort fizic sau exces alimentar, se poate dezvoltă, o strangulare, cu toată simptomatologia ei.

II. Bolnavul prezintă atacuri dureroase repetate, în regiunea epigastrică stângă, cu vărsături, imposibilitate de a se alimenta, și starea generală proastă. Sunt intrerupte de perioade, când bolnavul se simte bine. Accesele au loc totdeauna după alimentația mai abundentă. Aproape totdeauna se complică cu încarcerarea.

Încarcerarea se produce de obicei după o alimentație copioasă sau după un efort fizic. Ea se produce prin torsionarea axei stomacului, a colonului, a unei porțiuni a intestinului subțire, sau prin aderența cu peretele abdominal, sau încă prin dislocarea enormă a mezenterului.

Simptomatologia încarcerării:

E aceeași ca la orice occlusie supraacută. Bolnavul simte brusc în epigastriu sau într-o parte a toracelui o durere f. vie. Dispnea precoce, respirația rapidă și scurtă.

Semnele toracice de percuție și ascultația sunt foarte distincte de la început: ele simulează un pneumotorax; mai târziu va apare un epanșment abundent, care îl va modifica, clarificând în acelaș timp unele caractere al herniei.

Semnele abdominale adeseori sunt mai puțin clare; oprirea materiilor fecale nu este nici constantă nici absolută.

Vărsaturile bilioase apoi fecaloide, sunt mai mult sau mai puțin precoce: abdomenul adesea e fără apărare musculară și nu totdeauna e balonat.

Diagnosticul

La h. d. congenitală

Diagnosticul se impune din simptomatologie, dar e foarte greu și aproape nici odată nu s'a făcut diagnosticul precoce (Giffin).

La h. d. dobândită

Diagnosticul se face din simptomatologie, antecedentele caracteristice și mai ales după examenul radiologic.

Trebue diferențiat, de:

1. Paralizia diafragmatică

La cea unilaterală, situația organelor nu e schimbată și nu avem abnormități referitor la inimă.

2. Sero sau Pyo-pneumotorax

Diagnosticul *clinic* din anamneză, și că sunetul timpanic la percuție, se schimbă după alimentație, la hernia diafragmatică. Diagnosticul radiologic, prin umplerea stomacului cu substanță opacă, insuflarea sau introducerea sondei.

3. Abcesul subfrenic

În a cărui simptomatologie, găsim diminuarea sau abolirea mișcării or respiratorii a diafragmului. Avem adunarea aerului subfrenic sucusiunea la respirație și zguduire. Se localizează mai des la dreapta, pe când h. d. la stângă.

Cel mai important este:

Diagnosticul diferențial între hernie și eventrație diafragmatică

Anatomo-patologia

Sub h. d. înțelegem, trecerea viscerelor printr'un orificiu — normal sau patologic — al diafragmului, în cavitatea toracică.

Sub ev. d. înțelegem poziția anormală a diafragmului, ridicat permanent. E degenerat sau subțiat, dar nu are nici odată soluție de continuitate: este eclazia, dar nu ruptura diafragmului.

Sunt cazuri intermediare, unde diagnosticul e foarte greu: cazuri de h. d. cu sac, unde foița peritoneală și pleurală sunt intim lipite una de altă, nedisociabile, transparente; între ele având un strat de țesut celulo-fibros, în care unii autori, ca și *Boulland*, au văzut câteva ramificațiuni venoase și chiar câteva ramuri din nervul frenic (*Cruveilhier*).

În aceste cazuri, se face examenul histologic, pentru a pune în evidență, între cele 2 foițe seroase, rămășițele posibile ale diafragmului primitiv sau ale diafragmului degenerat; căci în acest caz ar fi vorba de eventrație, în caz contrar, de hernie.

Etiologia

H. d.

Deobicei e dobândită, nu-mai rar e congenitală.

Ev. D.

Aproape totdeauna e congenitală.

Simpptomele Clinice

H. d.

Durerile vin acut, ca o consecință unui traumatism suferit.

Ev. d.

Deseori nu prezintă semne acute și deacea se descopere accidental.

H. d.

Găsim turburări periodice, dependente de alimentație, mai ales senzația de apăsare în torace. Dureri post alimentare, cari dispar după evacuarea stomacului, sau dureri puternice, cari sunt însoțite cu vărsături, retenție de gaze și fecale. Bolnavii prezintă o senzibilitate extraordinară de mare la alimente greu digerabile. Deseori nu pot mânca decât cantități mici de alimente și pentru a-și calma suferințele, se culcă pe partea bolnavă.

Mai avem încă dispnea, cianoza și disfagia.

Datele percutatorii și ascultatorii sunt variabile după stadiul de plenitudine, sau post alimentar.

Ev. d.

Uneori găsim turburări periodice, cu turburări respiratorii, datorite poziției înalte a diafragmului; turburări din partea inimii și infine, turburări din partea stomacului, din cauza poziției înalte a lui. Aceste turburări datează de obicei din copilărie și nu avem traumatism în antecedente.

Percuția și ascultația aproape totdeauna nevariabile.

Evoluția

H. d.

Din cauza invaginației e periculoasă. Se pot observa și incarcerații recidivante.

Ev. d.

Nu e periculoasă, nu se inclavează aproape nici odat

Radiologia

H. d.

Găsim o soluție de continuitate mai mare sau mai mică în diafragm, care e greu de diagnosticat la Roentgen.

Ev. d.

Diafragmul e relaxat, dar fără soluție de continuitate.

H. d.

Mișcări mari respiratorii la partea sănătoasă în raport cu poziția înaltă; mișcări slabe, sau chiar imobilitatea diafragmului pe partea bolnavă.

Mișcarea paradoxă la respirația, a diafragmului și a organelor prolabate: numai când aceste sunt aderente de diafragm, avem scoborârea inspiratorie a viscerelor abdominale.

Dislocarea inimii și a mediastinului pe partea sănătoasă și compresiunea pulmonului pe partea respectivă.

Poziția anormală variabilă a organelor abdominale prolabate.

Curbură mare a stomacului e asemănătoare, cu linia arcuită a diafragmului. Se găsește deasupra diafragmului, intestinul prolabat la fel.

Forma și poziția liniei diafragmatică se schimbă după alimentație, cu mișcările peristaltice și schimbarea poziției bolnavului. Aceasta pledează pentru existența unei hernie.

Ev. d.

Mișcare paradoxă mai rară, deseori imobilitatea respiratorie.

Dislocare potrivită a inimii.

Dislocare în aceeași măsura ca la hernie, aici e rară.

Stomacul alungit se vede dedesubtul diafragmului. Tot astfel și intestinalele.

Linia diafragmatică e învariabilă la schimbarea poziției, la alimentație vedem mișcări peristaltice a stomacului. Aceasta pledează pentru existența unei eventrații.

Diagnosticul devine mai dificil, când linia diafragmului nu se găsește separată de peretele gastro-colic subjacent, ci formează o singură linie cu acest perete. În aceste cazuri ne folosim de procedeele lui *Wels* și *Schlemb*, adică se face un pneumo-peritoneu, când în caz de eventrație, cupula diafragmului îndepărtează de peretele gastro-colic, pe când în herniile diafragmatice vom observa dezvoltarea unui pneumotorace adevărat, prin introducerea aerului în cavitatea toracică.

Se mai întrebuițează electrizarea frenicului, când în hernie se va produce o ușoară contracție a diafragmului sub viscerele herniate, pe când în eventrație, contracția se va observa în partea superioară.

Hildebrand și *Hess* propun măsurarea presiunii intratoracale cu ajutorul manometrului lui *Schenk*, pentru a vedea, dacă stomacul se prezintă ca un organ abdominal, sau toracic, și au găsit la hernie scoborârea în expirație și ridicare la inspirație, pe când la eventrație, invers.

Prognosticul

E grav la toate leziunile diafragmatice, din cauza prolabărei organelor abdominale și a leziunii celor vitale și pierderilor de sânge și inaniției.

Prognosticul prezintă gravitate, deoarece cauze mici, un efort fizic, o masă copioasă, sau o cădere e destul să producă inclavarea organelor prolabate, ale căror sfârșit e de cele mai dese ori letal.

În următoarele cazuri e mai puțin grav; când orificiul herniar e destul de mare; când viscerele dislocate în torace nu sunt multe și când aceste nu prezintă aderențe; toate aceste condițiuni ajută la tratament, adică ușurează operația, trebuie însă a interveni imediat.

Trafamentul

Terapia paliativă în h. d. nu există. Cel mult se poate evita încarcerarea prin dietă riguroasă și evitarea eforturilor fizice. În toate cazurile e indicată intervențiunea.

Până a'unci se recomandă liniște absolută, dietă riguroasă, căci greșelile cele mai mici pot produce încarcerarea.

Se procedează prin mai multe căi:

1. **Calea abdominală.** În timpuri mai vechi se făcea numai prin laparotomie, dar deschizătura diafragmului nici cu incizia transversală nu era accesibilă, chiar dacă bolnavul era pus în poziția lui *Kelling*, adică aproape vertical; de altă parte în caz de h. d. încarcerată *Neumann* a reușit de a găsi pe calea abdominală viscerele ptozate, dar nu le-a putut readuce în pozițiune normală. *Rydyger* explică acest fapt prin presiunea negativă a toracelui.

Dacă nu suntem siguri în diagnostic și se arată simptome de ileus, e indicat laparotomia.

După repunerea organelor se face frenopexie percutană, (*Rehn*) iar plăgile centrului tendinos, se închid cu splina și ficatul.

În caz de defecte mari se acoperă cu fascia.

În această privință s'au făcut experiențe de către *Henschel*, *Skomikoff* și *Smirnoff* cu rezultate funcționale bune, dar o parte a animalelor a sucombat în pneumonie.

2. **Calea toracică.** *Rydyger* aplica toracotomia:

1. Când plaga ext. este deschisă în cavitatea pleurală,
2. și susține că prin torace e mai accesibilă h. d.

Inconvenient: moartea subită prin formarea unui pneumotorax la deschiderea toracelui. Astăzi se poate evita prin operația făcută în camera lui *Sauerbruch* sau prin aparatul lui *Brauer*.

În majoritatea cazurilor e destul rezecarea unei sau două coaste pe o întindere de 10 cm. Dacă n'avem un punct de reper prin plagă, atunci e indicat în al 9-lea spațiu intercostal, cu rezecția coastei a 8-a și 9-a.

Postempsky face rezecția în formă de potcoavă, *Riediger* printr'o incizie a cărei unghiu privește în jos și înăuntru.

După repunerea organelor prolabate, urmează închiderea plăgei diafragmatice, care se execută în mod excelent cu fire de mătase.

S'a dovedit experimental (*Iselin*) și clinic (*Scalzi*), că plăgile numai în acele cazuri se vindecă, dacă secțiunea fibrelor musculare s'a făcut numai longitudinal, căci fascicule musculare se retractă, se formează o cicatrice inelară, un nou orificiu hernial.

Deacea s'a presupus că, închiderea plăgei să se facă prin întărirea stomacului de marginea plăgii.

III. Wullstein preferă deschiderea cavității abdominale imediat sub coaste, a torace'ui prin incizia intercostală, imediat peste coaste. În acest mod repunerea se face introducând o mână în cavitatea abdominală, cealaltă în cavitatea toracică.

O importanță deosebită are tratamentul h. d. incarcerate și gangrenate, deci le voi descrie într'un capitol separat.

Tratamentul h. d. sfacelate și gangrenate

Se făcea: 1. Anus contra natura și toracotomia sau 2. Intervențiunea directe pe strangulare: cura radicală.

Dar nu este destul de a aborda leziunea numai pe calea toracică, a debrida inelul diafragmului, și trebuie a se atrage organele din torace în abdomen și apoi afară.

Aceasta cale e grea, căci trebuiesc eliberate viscerele, cari sunt mai mult sau mai puțin aderente de pleură sau de peritoneu.

Alt pericol e că, atrage după sine erupția lichidului septic din pleură în cavitatea peritoneală și ar necesita pasagul organelor sfacelate în abdomen, ceace trebuie evitat.

Deacea se face incizia toracică și abdominală, respectând continuitatea rebordului costal și a diafragmului, făcând o simplă debridare a inelului herniar.

Principiul metodei este de a transporta direct organele

herniate și gangrenate din interiorul toracelui la exterior, de a se face incizia abdominală, fără trecerea în cavitatea peritoneală.

Pentru acest scop vom face o largă și unică incizie toraco-abdominală cu secțiunea diafragmului de la inserțiunile exterioare, până la orificiul herniar, o adevărată *toraco-freno-laparatomie în felul lui Schwartz și Quenu*:

O incizie abdominală oblică — începând de la extremitatea ant. al 7-lea spațiu intercostal, mergând de aici în jos și înăuntru, către ombilic; incizia toracică îi urmează secționând al 8-a cartilaj costal și urmând paralel al 7-a spațiu intercostal.

În caz de strangularea stomacului o incizia pararectală stg. secțiunea celui de al 8 cartilaj și continuând în al 7-lea spațiu intercostal. Astfel, după eliberarea aderențelor putându-se menține organele lezate pe loc, pot fi trase prin orificiul diafragmatic, apoi prin incizia abdominală și pot fi fixate înafară în unghiul inf. al acestuia.



Cazulstică

Aici voi descrie singurul caz, observat în Clinica chirurgicală.

Bolnavul C. G. în etatea de 32 ani, de profesiunea agent de percepție, întrăin serviciul Clinicei Chirurgicale în 15. VIII. 1927.

Antecedente heredo-colaterală nu prezintă nimic demn de remarcat. Părinții trăesc sănătoși. Mai are 6 frați sănătoși și alți 3 morți în prima copilăria. Nimeni n'a suferit în familia lui de o maladie asemănătoare.

Nici antecedente personale nu aduc contribuțiuni importante în privința originii afecțiunii în speță. În copilărie afirmă că, n'ar fi suferit de nici o maladie infecto-contagioasă. De asemenea până în timpul războiului n'a suferit de nimic. În 1916 a fost rănit la piciorul și gamba stg., pentru care i s'au

făcut amputația gabei la locul de elecție. Boala actuală a observat că o are cam de 2 ani. Bolnavul ne spune că în fiecare zi după mâncare simțea regulat o senzație de greutate, de plenitudine, senzația de ușoară amețeală, din cauza cărora era silit să stea culcat regulat după masă câte $\frac{1}{2}$ oră până la o oră. Când mânca sau bea lichid mai mult, aceste simptome erau și mai accentuate și erau însoțite și de o jeru respiratorie mai ales la stga.

De 13. VIII. însă boala a luat un caracter mult mai grav. Bolnavul începe a simți niște dureri atroce abdominale, localizate mai mult în părțile inf. A avut un scaun abundent după care, până la venirea în serviciul nostru n'a mai avut nici scaun nici vânturi. În ziua 14. a început a avea greață, după care a avut mai multe vărsături repetate cu conținut alimentar la început — apoi un lichid verde. Starea bolnavului se înrăutăția treptat, era silit se stea la pat, tot timpul luând o atitudine forțată în cocoș de pușcă, din cauza durerilor abdominale ce avea. Era silit se respire puțin și des, deoarece în respirația mai profundă durerile i se accentuau.

Examenul fizic: De statură mijlocie. Tegumente, mucoasă vizibile: palide, cianozate, pometele roșii aprins. Sistem musculo-adipos bine reprezentat. Sistem osos: lipsește piciorul și gamba stânga până la $\frac{1}{3}$ sup. în rest intact. Ganglionii nu se palpează.

Aparatul respirator: Torace simetric, conformație normală. Excursiile respiratorii libere. La percuția și ascultație nimic.

Aparatul circulator: nimic deosebit, afară de ușoară tachicardie.

Sistem nervos, regulat.

Examen local: La inspecție ne frapază în primul rând atitudinea pe care o ia bolnavul, de flexiunea toracei și pe abdomen. Bolnavul nu se poate întinde complet în decubit dorsal. Abdomenul e retractat. La palpate observăm o ușoară apărare musculară și o sezibilitate însoțită de dureri la palparea profundă, mai ales în regiunea declivă a abdo-

menului (ambele fose iliace) și în partea stânga (epigastru și hipochondru stâng).

Operația s'a făcut în 15. VIII. anestezia generală cu aether. Operație: Laparatomia supra și subombilicale-resecție costală.

La deschiderea cavi'tății abdominale se constată lipsa intestinului subțire pe o distanță de 20 cm., care este mărit ca volum și iperemiat și se ridică în sus și prin partea stânga a diafragmului, trecând în cavitatea toracică

Încet readucem intestinele în cavitatea abdominală, constatând, că intestinul subțire aproape în întregime se găsește strangulat în cavitatea toracică. După reducerea acestor anse se observă că colonul transvers deasemenea se găsește îndărătul diafragmului și prin 2 bride puternice este fixat la pleura peritoneală. Continuăm incizia în stânga și se face rezecția coastei XI. când ne succede secționarea bridelor, iar orificiul diafragmatic, care prezintă un diametru de cca 6 cm., se suturează cu catgut. Urmează închiderea cavi'tății abdomenale și drenaj.

Mers post operator. Imediat după operație se administrează bolnavului 600 cm² ser fiziologic intravenos. Bolnavul își revine din starea de colaps. Peste 2 ore se dă cardiotonice. Starea generală e gravă. În ziua 16 dim la 8 se administrează o clismă Katzenstein, la ora 11 ser fiziologic subcutan. Stare gen. continuă a fi gravă. Primește regulat tot la 3 ore camfor și caffeină.

17. Bolnavul intră din nou în colaps. Pulsul abea perceptibil. Se continuă cu cardiotonicele tot la 3 ore. Temp. 36,8 Puls 140—160. Local se schimbă pans. superficial.

18. Bolnavul e neliniștit. Starea generală gravă, colapsul constinuuă (puls 140—150, temp. 36,4). Incepe a avea deliruri. În această stare gravă e luat de soție acasă, pe răspunderea proprie la ora 10 a. m.

Acest caz, este în sine interesant prin faptul, că este atipic. Semnele obiective și antecedentele clasice unei hernii

diafragmatice lipsesc ; se constată hernia strangulată numai la operație. Probabil, că această a fost congenitală, și a rămas latentă până la această vârstă. Asemenea cazuri au fost citate în literatura medicală.



Concluziuni

1. Sub hernie diafragmatică, înțelegem trecerea organelor abdominale în cavitatea toracică, prin orificiile naturale sau prin o soluție de continuitate a diafragmului.

2. H. d. se impart în congenitale și dobândite.

Etiologia la cea congenitală, e oprirea în desoltarea diafragmului, la cea dobândită traumatism.

3. Evoluția poate fi acută și cronică.

De multe ori, mai ales cele congenitale pot rămâne latente, până la vârsta adultă. În aceste cazuri pot lipsi simptomele caracteristice și în antecedente nu există traumatism.

Și cazul observat de mine, aparține acestei grupe, căci diagnosticul nu s'a făcut decât la operație.

4. Foarte deseori se complică cu incarcerationie.

5. Diagnosticul foarte greu de făcut clinic și în toate cazurile trebuie completat cu examenul radiologic.

6. Important e punerea diagnosticului precoce, căci numai astfel se poate salva viața bolnavului.

7. Tratamentul în caz, că diagnosticul nu este sigur se face laparatomie, dar mai preferabilă este: toacotomia, în caz de strangulare se va face prin toraco = freno = laparatomie lui Schwartz și Quenu.

Văzută și bună de imprimat:

Cluj, la 12 Dec. 1927.

Cluj la 10 Dec. 1927.

Decanul facultății:

Președintele tezei:

(ss) Prof. Dr. A. M. Botez

(ss) Prof. Dr. I. Iacobovici

Bibliografia

- Wullstein*: Lehrbuch der Speziellen Chirurgie.
F. Koenig: Lehrbuch der Speziellen Chirurgie.
Bergmann Bruns: Handbuch der praktischen Chirurgie.
Schittenhelm: Lehrbuch der Roentgen Diagnostic.
Herbert Assman: Die Roentgen diagnostic der inneren Erkrankungen.
- Burgeois—Lenormant*: Précis de Pathologie Chirurgicale.
Forg: Précis de Pathologie ext.
Pels Leusden: Chirurgische Operationslehre.
Hochenberg: Lehrbuch der Speziellen Chirurgie.
Weinberger: H. d. Fortschritte R. dg. 25, H. 5.
Cueudet: Dg. et traitement des hernies diaphragmatique
Revue suisse Med. 1918 Nr. 21—22.
Maury Paul: Contribution à l'étude du traitement de la hernie diaphragmatique étranglée et sphacelée. (Thèse).
Iselin: Chirurgie des Zwerchfells. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 88.)
O. Wiemann: Kasuistik des Angeborenen nicht eingeklemmten, falschen Zwerchfellbruches. (Arch. für Klin. Ch. 1923.)
Breitner: Zwerchfellhernien Archiv für Klin. Ch. 1921.
Boysen: Beitrag zur Kenntnis des partiellen Magenvolvulus bei einem Zwerchfeldefect compliziert durch ein blutendes Magenschwür Arch. für Klin. Ch. 1921.
Llobet: Thoracotomie et thoracoplastie, Revue de chirurgie
Lacher: Über Zwerchfellshernien D. Arch. für Klin. Med. 1880.
Schwartz și Rochard: H. d. Revue de Ch. 1892.

Quenu et Fatru: L'éventration diaphragmatique (Journal de Chirurgie 1924).

Anca: Un caz de eventrație diafragmatică (Cluj. Med. 9—10 1926.)

Doering: Über Ev. diafragmatică (D. Arch. für Klin. med. 1902.

Cruveilhier: Traité d'anatomie pathologique générale.



