

# Studiul clinic al herniilor ombilicale

**TEZĂ**

PENTRU

**DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE**

PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE **NOEMVRIE 1939**

DE

**GHEORGHE I. MARIN**

Fost extern al Clinicii Chirurgicale din Cluj

Fost medic auxiliar de Spital.

1939

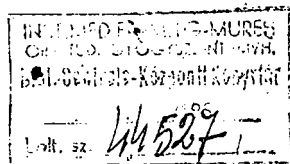
# Studiul clinic al herniilor ombilicale



**DOCTORAT IN MEDICINA ȘI CHIRURGIE**  
PREZENTATĂ ȘI SUSTINUTĂ ÎN ZIUA DE NOEMVRIE 1939

DE  
**GHEORGHE I. MARIN**  
Fost extern al Clinicii Chirurgicale din Cluj  
Fost medic auxiliar de Spital.

24. MAY 2005



1939

**UNIVERSITATEA „REGELE FERDINAND I.” DIN CLUJ  
FACULTATEA DE MEDICINĂ**

Decan : Prof. Dr. I. DRĂGOIU

Profesori:

Clinica stomatologică . . . . .	D <sup>nl</sup> Dr.	Aleman I.
Microbiologia . . . . .	”	Baroni V.
Fiziologia umană . . . . .	”	Benetato Gr.
Istoria medicinei . . . . .	”	Bologa V.
Patologia generală și experimentală . . . . .	”	Botez A. M.
Clinica otorino-laringologică . . . . .	”	Buzoianu Gh.
Istologia și embriologia umană . . . . .	”	Drăgoiu I.
Semiologia medicală . . . . .	”	Goia I.
Clinica ginecologică și obstetricală . . . . .	”	Grigoriu C.
Clinica medicală . . . . .	”	Hașieganu I.
Medicina legală . . . . .	”	Kernbach M.
Chimia biologică . . . . .	”	Manta I.
Clinica oftalmologică . . . . .	”	Michail D.
Clinica neurologică . . . . .	”	Minca I.
Igiena și igiena socială . . . . .	”	Moldovan I.
Radiologia medicală . . . . .	”	Negru D.
Anatomia descriptivă și topografică . . . . .	”	Papilian V.
Clinica chirurgicală } . . . . .	”	”
Medicina operatorie } . . . . .		
Clinica infantilă . . . . .	”	Pop A.
Farmacologia și farmacognozia (supl.) . . . . .	”	Popoviciu Gh.
Chimia medicală . . . . .	”	Baroni V.
Balneologia . . . . .	”	Secăreanu Șt.
Clinica dermato-venerică . . . . .	”	Sturza M.
Clinica urologică . . . . .	”	Tătaru C.
Clinica psihiatrică . . . . .	”	Țeposu E.
Anatomia patologică . . . . .	”	Urechia C.
Igiena generală . . . . .	”	Vasiliiu T.
Fizica medicală . . . . .	”	Ag <sup>r</sup> . Zolog M.
		Conf. Bărbulescu N.

**JURIUL DE PROMOTIE:**

Președinte: D<sup>nl</sup> Prof. Dr. Al. Pop

Membrii : {  
 ” ” ” D. Michail  
 ” ” ” V. Bologa  
 ” ” ” E. Țeposu  
 ” ” ” Gh. Popoviciu

Supleant: ” Conf. M. Niță

## Planul tezei.

- I. Definiție.
  - II. Embriologie.
  - III. Anatomie.
  - IV. Etiologie și Patogenie.
  - V. Clasificare.
  - VI. Anatomie patologică.
  - VII. Simptomatologie.
  - VIII. Diagnostic.
  - IX. Diagnostic diferențial.
  - X. Evoluție și Prognostic.
  - XI. Complicații.
  - XII. Indicații și contraindicații.
  - XIII. Tratamentul: conservativ și operator.
  - XIV. Complicații postoperatorii: imediate și tardive; lo-  
cale și la distanță.
  - XV. Discuția cazurilor.
  - XVI. Cazuistica.
  - XVII. Concluzii.
  - XVIII. Bibliografia.
-



## I. Definiție.

După *Dupleay*, hernia ombilicală este constituită printr'o formațiune tumorală în raport cu ombilicul, care conține în interiorul său unul sau mai multe viscere ale abdomenului.

## II. Embriologia regiunii ombilicale.

Atât la embrion cât și la făt, ombilicul este reprezentat printr'un orificiu.

În primile săptămâni ale perioadei embrionare, orificiul ombilical este foarte larg, iar peretele abdominal anterior este format numai din *ectoderm* care este dedublat de somatopleură. Acestea se continuă cu foițele corespunzătoare ale cavității blastodermice : ectodermul peretelui abdominal se va transforma în ectoderm al cavității blastodermice (amnios). La rândul său intestinul, (endodermul intraembrionar) comunică la nivelul ombilicului intestinal cu endodermul extraembrionar, adică *sacul vitelin.* Mezodermul se clivează în 2 foițe : una parietală adică somatopleura și una viscerală adică splachnopleura, între ele formându-se cavitata celomică. Cavitata celomică intraembrionară comunică la nivelul ombilicului cu celomul extraembrionar. Rezerva de hrană a sacului vitelin, nu asigură decât pentru puțin timp hrana embrionului. Cu timpul sacul vitelin se atrofiază, se alungește și ia forma unui canal : *canalul vitelin.* Atunci apare *alantoida* care este o evaginațiune a intestinului terminal și care va da din partea sa intraembrionară, vezica și uraca, iar partea sa extraembrionară se întinde spre placentă. Alantoida aduce cu ea și vasele ombilicale care se ramifică pe placentă și vor asigura mai departe hrana embrionului, iar mai târziu a fătului. În momentul când încep să apară organele, orificiul ombilical începe să se strâmtoare iar cordonul se constituie. În tot timpul

acesta, ansa vitelină care persistă încă, rămâne în celomul extraembrionar și se continuă cu canalul vitelin. Ansa vitelină este deci în ectopie. Baza cordonului ombilical se strâmtorează în timp ce peretele abdominal își completează structura. Ectodermul devine piele, prin împrumutarea dela mezemchiin a țesutului conjunctiv și al vaselor. Somatopleura care la început era avasculară, primește vase și devine peritoneul parietal. Intre aceste două tunici, se interpune stratul muscular ce provine dela protovertebrele de fiecare parte a coardei dorsale și progresează spre linia mediană, dând peretelui tonicitatea sa. Cu toate aceste transformări pe care le-au suferit diferitele componente ale embrionului, peretele abdominal nu este încă complet dezvoltat, iar regiunea care va forma inelul ombilical nu este constituită decât prin somatopleură (membrana lui Rathke), dedublă de gelatina lui Wharton și de ectoderm.

Perioada fetală. — După a treia lună a vieții intrauterine dezvoltarea peretelui abdominal se termină. Membrana lui Rathke se transformă ca și restul somatopleurei în peritoneu parietal, mușchii se aproprie de linia mediană dând inelul fibros ombilical, iar pielea progresează până la inserția cordonului. Cordonul ombilical conține vasele ombilicale (arterele ombilicale și vena ombilicală) scaldate în gelatina lui Wharton, rămășițele fibroase ale canalului alantoidian și vitelo-intestinal. Intestinul un moment conținut în cavitatea celomică extraembrionară, intră în cavitatea abdominală și pierde orice conexiune cu ombilicul. Celomul extraembrionar dispare prin sudarea foștelor sale iar peritoneul tapitează fața profundă a inelului ombilical.

La fătul de 4 luni, inelul ombilical este încă foarte lărgit. Peritoneul prezintă la acest nivel un infundibul. Aci va fi punctul slab care va da posibilitatea formării herniilor de mai târziu.

### III. Anatomia regiunii ombilicale.

Regiunea ombilicală, ocupă fața mijlocie a liniei albe abdominale, fiind limitată în afară de fasciculele interne ale mușchilor drepți, în sus și în jos de 2 planuri orizontale ce trec unul la 2 cm. deasupra, altul la 2 cm. dedesubtul ombilicului.

Ombilicul este situat în mod normal cam la nivelul vertebrului a 4-a lombară, sub mijlocul liniei xifo-ombilicale și suferă deseori deplasări în urma modificărilor abdomenului.

### Planurile regiunii ombilicale :

a) Pielea care este fină și subțire. Ea este aderentă la nivelul inelului ombilical și mobilă la nivelul cadrului.

b) Țesutul celular subcutanat cu vasele și nervii superficiali.

c) Stratul aponevrotic ce face parte din linia albă ombilicală.

În acest strat aponevrotic este tăiat *inelul ombilical*, care este o formațiune fibroasă de formă patrulateră sau rotunjită. Inelul este limitat înainte de piele iar înapoi de peritoneu. Orificiul inelului ombilical variază între 1—2 mm. diametru și este acoperit de o bulă grăsoasă. Fața internă a inelului ombilical este întărită prin fibre arcuate, îngroșate la margini, care se unesc apoi cu țesutul conjunctiv. În timp ce marginea superioară a inelului ombilical (arcul) este liberă, marginea inferioară prezintă aderențe cu resturile uracei, a arterelor și venei ombilicale. Inelul ombilical este îngrădit în jumătatea sa inferioară printr'un trident protector, constituit de uracă flancată de cele 2 artere ombilicale. În jumătatea superioară a ariei inelului ombilical, nu trece decât cordonul venei ombilicale. În felul acesta, rămâne în centrul jumătății superioare a ariei ombilicale un punct slab, pe unde se vor forma herniile ombilicale.

d) Fascia ombilicală este o lamă fibro-celuloasă analoagă fasciei transversale. Această lamă care se interpune între peritoneu și aponevrozele profunde ale peretelui se pierde la dreapta și la stânga pe fața profundă a mușchilor drepti abdominali. Incepând printr' o margine bine determinată la 4—5 cm. deasupra ombilicului, se va fixa la partea inferioară a cicatricei ombilicale, acolo unde aderă arterele ombilicale la inel.

e) Canalul ombilical. Fascia ombilicală va lăsa între ea și fața posterioară a liniei albe un spațiu pe care-l urmează vena ombilicală (cordonul ombilical la adult) și care spațiu vine să se fixeze la ombilic dând naștere la un adevărat canal (ca-



nalul ombilical a lui *Richet*). Canalul ombilical este limitat înainte prin linia albă supraombilicală, înapoi prin fascia ombilicală, la dreapta și la stânga prin aderențele fasciei de teaca posterioară a mușchilor dreptși. Acest canal începe în sus la nivelul marginii superioare a fasciei ombilicale, și se termină în partea inferioară la nivelul unde fascia ombilicală aderă la cica tricea ombilicală.

f) **Peritoneul** este planul cel mai profund al peretelui abdominal. El prezintă 2 depresiuni la nivelul regiunii ombilicale. Una, la înălțimea ombilicului iar cealaltă la 2 cm. deasupra ombilicului, fiind formată de o plicatură a peritoneului în jurul venei ombilicale. Peritoneul este subțire și foarte aderent în jurul ombilicului, ceea ce ne explică disecția anevoioasă și ruperea foarte ușoară a sacului herniar în timpul operației.

#### IV. Etiologie și patogenie

Hernia ombilicală este mai puțin frecventă decât herniile inghinale și crurale. Ea reprezintă cam 10% din totalul herniilor, și ocupă locul al treilea în tabloul herniilor abdominale (Berger).

Hernia ombilicală este mult mai frecventă la femei, decât la copii și bărbați. Proportia herniilor ombilicale după vârste este destul de semnificativă. Hernia ombilicală este puțin frecventă la copii, unde va apare din prima lună până la a șasea lună după naștere. Ea este mai frecventă înainte de 15 ani, decât după această vârstă. Curba ei urmează o progresiune constantă în cursul vieții mijlocii și ajunge maximul între 50 și 60 ani. Spre bătrânețe frecvența ei scade, așa că după 60 de ani, o întâlnim foarte rar.

**Cauze predispozante.** Intre cauzele predispozante se numără în primul rând ereditatea, care este destul de frecventă. Nu mai puțin importantă este și nașterea prematură. De asemenea starea generală are importanță: herniile ombilicale survin de obicei la copii rachitici, slăbiți sau rău nutriți.

Alte cauze predispozante ale herniilor ombilicale sunt fără îndoială, slăbirile ocazionale ale peretelui abdominal și ptoza vis-

cerelor. În felul acesta acționează sarcinile repetate, obezitatea și toate boalele acute sau cronice care duc la o denutriție generală a organismului, cum este rachitismul și rușeola. Deasemenea trebuie să avem în vedere afecțiunile care expun la eforturi și mărirea constantă a presiunii intraabdominale cum sunt: afecțiunile pulmonare, tusea convulsivă, și adenomul prostatic.

Mai sunt predispuși la hernii ombilicale, indivizii cu tulburări de asimilare: cei care asimilează rău (afecțiuni gastro-intestinale) prezentând un perete abdominal plat și subțire sau obezii cu abdomenul în formă de desagă.

**Cauze determinante.** După majoritatea autorilor cele mai multe hernii ombilicale sunt datorite eforturilor, care produc o desfîndere progresivă a ombilicului.

**Herniile ombilicale strangulate.** Strangularea este accidentul cel mai grav ce se poate întâlni la herniile ombilicale. Ea este destul de frecventă. În raport cu vârsta, ea se observă mai des la adulți și bătrâni și mai puțin la copii. La copii se întâlnește mai des în herniile mari congenitale și de obicei în primele șase luni după naștere. Luând în considerare sexul vom constata că strangulările sunt mult mai dese la femei decât la bărbați.

**Cauze predispozante ce favorizează strangularea.**

**Vârstea herniei.** Cele mai multe strangulări sunt date de herniile pe cari bolnavii le poartă de mult timp, neglijând să le trateze.

**Volumul herniei.** Herniile mici, se strangulează mult mai ușor decât herniile mari.

**Rolul bandajelor.** După *Gosselin* portul bandajelor ar avea oarecare rol în producerea strangulărilor.

**Cauzele determinante.** Efortul. Este fără îndoială una din cauzele principale ale strangurării. La bătrâni, emfizemul și bronșita cronică expun la tuse repetată, care mărește presiunea intraabdominală și în felul acesta expune la strangulare.

**Mecanismul formării herniilor ombilicale,** este variabil dupăcum este vorba de herniile *congenitale* sau *câștigate*.

În cazul herniilor congenitale, inelul ombilical este lărgit din cauza unei întârzieri în dezvoltarea peretelui abdominal. În herniile mari congenitale avem o aplazie chiar cutanată pe când în herniile copiilor aplazia este limitată la planul musculoaponevrotic. În mod secundar, în acest inel permeabil se angajează după 3—4 luni intestinul sau epiploonul, sub influența presiunii abdominale neîncetate. În felul acesta peretele abdominal cedează împingerii viscerelor abdominale, la nivelul punctelor sale slabe.

La copii, herniile ombilicale sunt favorizate de o întârziere în închiderea inelului ombilical după căderea cordonului. În mod normal închiderea inelului se face în timp de 3—4 luni după naștere. Ombilicul este deci un punct slab în primele 3—4 luni, pe unde visceralele pot să hernieze sub influența șipetelor, defecăției sau vărsăturilor.

La început, herniile ombilicale au un volum mic, nedepășind mărimea unei nuci. Apăsarea se poate face în sensul cicatricei, de partea vaselor, sau mai rar între marginea superioară și vena ombilicală (ca la hernia adultului). Herniile ombilicale pot să coincidă la copii rachitici cu o eventrație epigastrică.

La adult, după majoritatea autorilor, hernia ombilicală este o hernie de efort, provenită în urma distensiunii progresive a ombilicului. După *Richet* herniile ombilicale urmează calea canalului ombilical dând *herniile indirecte*. *Patel* susține că herniile trec prin orificiul ombilical în urma distensiunii acestuia, dând *herniile directe*. A treia grupă o formează *herniile paraombilicale* care se formează după *J. Le Petit* în apropierea ombilicului printr'o fisură sau prin punctele slabe ale liniei albe.

În herniile ombilicale strangulate, mecanismul formării este mult mai complicat. Aici nu e de ajuns să știm care este agentul obișnuit (inelul) care produce constricția intestinului dând gangrena, ci trebuie să explicăm cum se întâmplă că acest inel care până aci permitea intestinului reîntoarcerea în abdomen, deodată interzice aceasta intestinului și suprimă circulația în lumina sa. Care este mecanismul intim al strangulării?

Între alții, *O'Beirn* crede că s'ar produce o destindere bruscă a intestinului prin gaze, sub influența efortului care mărește

presiunea intra-abdominală. Fără îndoială că trebuie să mai intervină aici un factor nou, care să explice de ce într'un caz se produce strangularea și în alt caz nu. După *Lossen* strangularea s'ar explica prin astuparea celor două capete (aferent și eferent) ale ansei intestinale herniate, prin presiunea care o exercită mezenterul la nivelul lor. Dacă considerăm o ansă intestinală în momentul când devine ireductibilă, mezenterul se prezintă la nivelul punctului de trecere ca un dublu con, care se atinge prin vârfuri. Un con mezenteric este format de porțiunea mezenterului ansei intestinale intraherniare, iar celălalt con mezenteric este dat de porțiunea sa intra-abdominală. Ocluzia capetelor intestinale s'ar produce prin înfundarea dată de conul intra-abdominal. Mai târziu *Berger*, explică mecanismul strangulării herniilor aproape la fel cu *Lossen* cu singura deosebire că el atribuie rolul strangulant conului mezenteric intra-herniar. Un rol mai puțin important ar avea și ocluzia valvulară. Toate acestea teorii se bazează mai mult pe considerațiuni mecanice fără să țină seama de ceea ce se petrece în acest organ viu care este intestinul herniat. În momentul când se produce strangularea, în ansa intestinală herniată se va produce o stază sanghină și apoi edemul consecutiv. Toate acestea intervin în mod rapid și schimbă posibilitatea de reducere a ansei intestinale. Stazei venoase îi urmează staza arterială și astfel se explică tendința spre mortificare a intestinului pe care invazia bacteriilor vine ulterior să o completeze.

## V. Clasificare

Din punct de vedere anatomo-clinic, herniile ombilicale se pot împărți în două grupe mari:

1. herniile ombilicale congenitale și 2) herniile ombilicale câștigate.

În prima categorie a herniilor ombilicale *congenitale* aparțin acelea care se manifestă deja de la naștere, fiind în strânsă legătură cu o dezvoltare insuficientă a regiunii ombilicale, deci datorită unui viciu de dezvoltare embrionară.

După gradul aplaziei regiunii ombilicale, deci după momentul evolutiv în care s'a oprit dezvoltarea normală a acestei regiuni.

putem distinge după Dupley două forme anatomo-clinice distincte. În prima formă: *hernia embrionară*, oprirea în dezvoltare este anterioară lunei a treia embrionare, când încă peritoneul nu este format. Ne fiind o cavitate peritoneală liberă, organele conținute în sacul herniar vor fi foarte aderente între ele și de sac, încât prognosticul operator al acestei forme este foarte grav din cauza emoragiilor.

În forma a doua: *hernia fetală*, oprirea în dezvoltare este posterioară lunei a treia embrionare, deci după clivarea mezenterichimului și formarea peritoneului. Organele conținute în sacul herniar, în acest caz nu vor fi aderente între ele sau de sac, și astfel prognosticul operator al acestei forme devine mult mai benign ca al precedentei.

Herniile ombilicale câștigate, la rândul lor se pot împărți în două grupe: 1) *hernia ombilicală a copilului*, care apare în primele luni după naștere și 2) *hernia ombilicală a adultului* care apare mult mai târziu în vârsta adultă sau uneori chiar numai către bătrânețe.

## VI. Anatomia patologică

*Hernia embrionară.* Caracterul esențial al acestei hernii este lipsa cavității peritoneale și aplazia peretelui abdominal. Această aplazie a peretelui abdominal poate avea toate variațiile. Găsim astfel uneori că peretele lipsește aproape în totalitate încât, visceralele sunt acoperite numai de amnios sau de amnios și somatopleură. În alte cazuri visceralele sunt chiar libere și numai pe alocuri sunt acoperite de resturi din aceste membrane.

În această varietate de hernie ombilicală, peretele abdominal suferă o dehiscență importantă, în particular mușchii dreپți abdominali sunt îndepărtați mai mult sau mai puțin între ei, iar inserțiile lor superioare se îndepărtează mult de linia mediană, încât visceralele în parte sau în totalitate se pot dezvolta înafara adevăratului perete, încât se poate vorbi mai mult de o *ectopie viscerală*, decât de o hernie adevărată.

Sacul herniar e format de o membrană uneori subțire și transparentă, alteori mai groasă și fibrinoidă. Această membrană este întotdeauna lipsită de vase.

Sacul herniar reprezintă peretele primordial al embrionului rămas la stadiul său inițial; el nu este format decât de un strat epitelial ectodermic (*membrana lui Rathke, membrana amniotică*), dublată câteodată la interior de un țesut mucos: gelatina lui *Wahrton*, care poate chiar să lipsească.

*Herzfeld și Lindfoss* au susținut că stratul intern ar fi în realitate peritoneul, întru-cât de multe ori se găsesc false membrane la fața sa profundă.

După concepția clasică definită de *Cruveillier și Duplay* peritoneul lipsește complet, iar falsele membrane ce se observă uneori ar fi datorite unei inflamații cronice a viscerelor herniate. Cavitatea peritoneală lipsește complet deoarece oprirea în dezvoltare este anterioară lunei a treia embrionare, deci înaintea clivării mezenchimului pentru a forma peritoneul.

De obicei hernia embrionară are volumul unei portocale sau a unui ou, aplazia peretelui fiind limitată la marginea implantării cordonului. Alteori însă hernia este mult mai mare și aproape toate viscerale herniază în afară, încât e o adevărată ectopie viscerală. În cazurile cele mai ușoare, în fine, hernia se reduce la o tumoră mică conținută în baza cordonului ombilical.

Conținutul herniei este variabil, fiind în raport cu volumul ei. În herniile care au un volum mic acest conținut se poate reduce numai la prezența diverticolului lui *Meckel*, care reprezintă un rest din canalul vitelin sau omfalo-enteric (*omfalocel diverticular*). Această formă se poate traduce din punct de vedere clinic printr'o fistulă stercorală care apare după căderea cordonului ombilical. În alte cazuri uraca, reprezentând prelungirea cavității alantoidiene, rămâne neobliterată și se prelungește în sacul herniar. Astfel sacul herniar este în comunicație cu vezica încât avem un *omfalocel urinar*. Uneori prin căderea cordonului se deschide canalul alantoidian și rezultă o fistulă urinară la nivelul ombilicului.

În herniile de volum mai mare găsim că ficatul ocupă cel puțin jumătatea superioară a sacului și uneori chiar mai mult, restul sacului fiind ocupat de ansele intestinului subțire și epiploon.

În herniile extrem de voluminoase, se pot găsi în sacul herniar aproape totalitatea viscerelor abdominale.

Din cauza lipsei peritoneului, conținutul herniilor embrionare este totdeauna aderent. Lipsind capsula lui *Glisson*, fața profundă a ficatului este foarte aderentă de sacul herniar, încât dacă se încearcă rezecția sacului, decapsularea ficatului dă hemoragii grave, aproape totdeauna mortale.

De sacul herniar aderă în mod intim și ansele intestinale herniate. Aceste aderențe pot uni de asemeni și ansele între ele dând o aglutinare a anselor.

2. **Hernia fetală.** În această formă de hernie oprirea în dezvoltare este după luna a treia, așa că vom găsi în totdeauna o cavitate peritoneală liberă. Aici aplazia peretelui abdominal nu este așa de accentuată ca în cazul formei precedente fiind vorba mai mult de un inel ombilical prea larg, încât putem spune că este o adevărată hernie și nu ectopie viscerală.

Sacul herniar, este format de o membrană subțire și perlucidă ca și în hernia embrionară, membrană care și aici e complet lipsită de vase sanguine. Sub această membrană putem găsi și gelatina lui *Wharton*. Intotdeauna vom găsi însă existența unui sac peritoneal căci aplazia este posterioară clivării mezenchimului care a dat cavitatea celomică cu cele două foije: somatopleura și splachnopleura.

De obicei învelișul cutanat abdominal este complet, pielea întinzându-se până peste cordon, însă implantarea cutanată a cordonului, deci inelul ombilical este destins și lărgit.

Conținutul herniei este format de obicei de o ansă a intestinului subțire cu sau fără diverticolul lui *Meckel* persistent. Uneori prin punga translucidă a sacului herniar, când aplazia peretelui este mai mare, se poate vedea ficatul și intestinul care sunt mobile, neaderente de sac, căci există peritoneu.

Uneori artera și vena ombilicală nu sunt sudate între ele și ansa intestinală herniată se angajează între aceste elemente, dând herniei un aspect trilobat.

Între diferitele tipuri de hernie fetală există tot felul de forme de trecere. Uneori aplazia peretelui e mare, încât sacul herniar poate conține și o parte din ficat, însă spre deosebire de hernia embrionară aici vom găsi întotdeauna prezența peritoneului.

Herniile fetale puțin marcate se rezumă numai la o aplazie a inelului ombilical, aceste forme apropiindu-se foarte mult de hernia copilului (*Ombredanne*).

Herniile ombilicale embrionare și fetale sunt afecțiuni congenitale datorite unei opriri în dezvoltare, unui defect de dezvoltare care se produce într'un punct precis al peretelui abdominal, determinând în acest punct un centru de rezistență minimă, care cedează apoi presiunii abdominale și dă naștere herniei. Această oprire în dezvoltare poate să nu fie unică în momentul nașterii și adeseori vom găsi alte malformațiuni congenitale la copii purtători de hernii ombilicale congenitale, ca : hernie inghinală, ectopie testiculară, fimoză, varicocel.

3. **Hernia ombilicală a copilului.** Spre deosebire de celelalte forme amintite până aici prezintă un înveliș cutanat complet, tegumentele fiind normale. Ea este favorizată de o întârziere în închiderea inelului ombilical după căderea cordonului.

În mod normal, la naștere orificiul ombilical încă nu este închis, ocluzia lui completă făcându-se după naștere într'un timp mai mult sau mai puțin lung, variabil între 3—4 luni (*Richet*): O ansă intestinală sau epiplonul pot aluneca prin acest orificiu încă deschis și să ridice tegumentele, formând o hernie mai mult sau mai puțin voluminoasă.

Inelul ombilical este exagerarea orificiului care la făt lasă să treacă uraca și vasele ombilicale. La copil aceste formațiuni se obliterează complet și se transformă în cordoane fibroase. Cicatricea ombilicală va fi întărită deci în jumătatea inferioară de 3 cordoane fibroase reprezentând uraca la mijloc și cele două artere ombilicale pe lături, pe când în jumătatea superioară numai de resturile fibroase ale venei ombilicale. Natural că hernia copilului se va face de obicei prin punctul cel mai slab al acestei cicatrice, deci chiar în centrul inelului ombilical. În acest inel există însă și alte puncte slabe: unul cuprins între vâna ombilicală sus și artera ombilicală cu uraca în jos și un altul situat între vena ombilicală și marginea superioară a inelului.

În general hernia se angajează chiar în centrul inelului ombilical, unde este punctul cel mai slab al inelului și unde se



exercită mai puternic presiunea abdominală. (*hernie directă*).

Peritoneul pare a preforma sacul herniar, căci el aderă infim de evaginarea cutanată. În progresiunea sa, sacul herniar poate antrena tridentul fibros inferior format de uracă și de arterele ombilicale și hernia apare multiflobată din cauza șanțurilor săpate la suprafața sa de aceste cordoane fibroase; aceasta este de altfel dispoziția ce mai frecvent întâlnește.

Uneori hernia poate apare imediat sub marginea superioară a inelului ombilical, deasupra nivelului venei ombilicale, lăsând deci dedesubt toate resturile fibroase embrionare. În acest caz hernia urmează un traect oblic de sus în jos, urmând canalul ombilical a lui *Richet*. Această formă este foarte rară la copii, ea este însă destul de des observată la adult.

De cele mai multe ori hernia are un volum mic, până la mărimea unei alune sau a unei nuci.

Sacul herniar există întotdeauna. El e format de peritoneu, care este acoperit în întregime de tegumente. Conținutul herniei este de obicei format de epiplon; mai rareori când hernia are un volum mai mare, se poate constata o ansă intestinală fie în totalitate fie ciupită numai lateral, ca în herniile de tip *Littre*. Extrem de rar se poate constata prezența unei porțiuni din colonul transvers în sacul herniar.

Coletul herniar e format întotdeauna de un inel cu marginile subțiri și tăioase, întotdeauna foarte nete, care se lasă desfins uneori considerabil, însă care în cursul intervenției se constată întotdeauna mult mai mic decât se bănuia după volumul tumorii abdominale. Hernia ombilicală a copilului poate coincide cu o hernie epigastrică, coincidență ce se observă mai des la copii rachitici. Hernia ombilicală mai poate coincide cu alte malformațiuni congenitale: ectopie testiculară, fimoză, varicocele. La fetițe deseori se observă coexistând cu o afecțiune care nu e congenitală; cu apendicita.

4. *Hernia ombilicală a adultului* se aproprie mult de aceea a copilului.

După traectul acestor hernii putem distinge trei forme: 1. *hernia directă*, 2. *hernie indirectă*, 3. *hernia properitoneală*.

*Hernia directă* este forma care se întâlnește mai des. Hernia trece direct prin inelul ombilical desfins.

**Hernia indirectă** este mai rară. Pentru acest fel de hernie se observă un veritabil traect ca în herniile inghinale. Pediculul ombilical are un traect subperitoneal de 3—4 cm. trecând prin canalul ombilical a lui *Richet*.

**Hernia properitoneală** este întâlnită numai excepțional. În acest caz sacul herniar se găsește sub marginea inferioară a fasciei ombilicale.

Sacul herniar este totdeauna prezent. Peritoneul fiind aderent de marginile inelului ombilical, el nu se lasă deloc antrenat prin locomoție în hernie. Sacul herniar, rezultă deci din distensia peritoneului, fapt care explică îndeajuns de ce în unele hernii ombilicale mari acest sac are pereții foarte subțiri. Acest fapt nu este întotdeauna constant și uneori sacul poate fi chiar foarte gros. Sacul este acoperit de piele și împinge înafară cicatricea ombilicală.

În general, sacul nu e separat de piele decât printr'un strat foarte subțire de țesut celular. În herniile de volum mic, acest strat celular are o anumită grosime, care permite deslipirea de cicatricea ombilicală. În herniile de volum mai mare, acest țesut celular dispare și se formează aderențe intime între peritoneu și cicatricea ombilicală, mai ales la nivelul fundului sacului herniar.

Se poate spune că nu există colet herniar. El se confundă cu zona fibroasă a sacului ce aderă de inelul ombilical.

În herniile vechi, cu un volum mare, cavitatea sacului poate fi împărțită în mai multe loje, încât sacul ia un aspect multiocular. Diverticuli herniari, care se formează în acest caz, pot comunica cu cavitatea principală prin orificii uneori destul de strâmte, care devin astfel o cauză de strangulare a herniei, cauză care se găsește în însăși interiorul sacului herniar și nu la nivelul pediculului său.

În anumite cazuri excepționale, hernia ombilicală posedă un diverticul properitoneal care se poate găsi deasupra sau sub cicatricea ombilicală.

**Conținutul sacului** este variat în raport cu volumul herniei.

Hernia ombilicală de un volum mic nu conține de obicei decât epiplon sau o ansă a intestinului subțire. Când hernia

are un volum considerabil găsim aproape în mod constant prezența epiplonului, a intestinului subțire, a colonului transvers și a mezocolonului transvers. Uneori putem găsi în sacul herniar cecul și apendicele, iar mult mai rar stomacul. Uneori ansele intestinale herniate sunt învelite de epiplon, care formează înaintea lor un fel de al doilea sac herniar; acest epiplon se poate uneori perfora sub influența presiunii exercitate de ansele herniate, care astfel îl depășesc, putând fi apoi ulterior strangulate de acest epiplon. În interiorul sacului herniar găsim destul de des aderențe întinse, care fac dificilă cura radicală operatorie, iar pe de altă parte ele însăși pot produce ștrangulări, deci ireductibilitatea herniei.

**Anatomia patologică a herniei ombilicale ștrangulate.** Fenomenele anatomo-patologice observate în ștrangulări, au următoarele cauze: 1. *Tulburările circulatorii și leziunile intestinale* rezultate din constricția părților ștrangulate; 2. *Oprirea tranzitului intestinal.* La acestea se mai adaugă *microbii intestinali* care găsind condiția optimă de dezvoltare oferită de spațiul închis al herniei ștrangulate, își măresc virulența și duc la perforație și gangrenă. Leziunile suferite de sacul herniar, conținutul sacului, învelișurile herniare și leziunile la distanță sunt următoarele:

Sacul herniar, rezultat din distensia seroasei, care poate fi uneori subțire așa cum se găsește de obicei în herniile ombilicale voluminoase sau poate fi îngroșată și separată de piele printr'o pătură de țesut celular subcutanat. Se întâmplă uneori, ca seroasa să adere de țesuturile din jur împiedecând disecarea ei. În herniile mici, sacul poate fi ușor separat de țesuturile din jur. În herniile recente, de cele mai multeori nu găsim nici o modificare anatomopatologică a țesuturilor învecinate, fapt care favorizează accesul și izolarea sacului. În faza incipientă a afecțiunii, sacul prezintă următorul aspect; este turgescenț, edemațiat, hiperemic și prezintă un aspect anatomopatologic dictat de gradul leziunilor organelor pe care le conține. La deschiderea sacului herniar putem întâlni 2 aspecte; sacul este uscat neconținând lichid peritoneal, organele venind în contact direct cu sacul sau între fața internă a sacului și organ se interpune o lamă de serozitate peritoneală.

*Conținutul sacului.* Organele care se găsesc constant în hernia ombilicală sunt: intestinul subțire, epiplonul, colonul transvers, mezocolonul, iar uneori stomacul și cecul. Conținutul lichid al sacului are un aspect serocitrin în cazurile recente, culoare care se modifică pe măsură ce afecțiunea se învechește, când lichidul ia un aspect hemoragic sau negricios.

*Leziunile intestinului,* au o importanță destul de mare în prognosticul și tratamentul herniilor ombilicale. În general se descriu 3 perioade în evoluția lor. În *prima perioadă* când se produce strangularea ansei și mezenterului circulația este mai încetinită. Venele, sunt primele care suferă constricția, fapt dovedit prin colorația roșie-negricioasă a intestinului. În felul acesta se produc focare hemoragice în submucoasă și în tunicile intestinului.

Aceste hemoragii interstițiale, oferă condiții prielnice migrării transprietale a microbilor intestinali și în același timp un mediu favorabil pentru dezvoltarea lor. Se produce o transudare a serului sanghin prin pereții arterelor și acumularea de lichid în sac.

*Perioada a doua sau intermediară,* este caracterizată printr'un aport sanghin scăzut și printr'o extravazare în pereții intestinali care i-au o colorație înlunecată cenușie, condiționată de leziunile ischemice și cele infecțioase. Aceste leziuni sunt localizate în pereții ansei intestinale, la nivelul inelului de constricție. La nivelul strangulării, se observă un șanț cenușiu unde leziunile sunt foarte accentuate. Pornind dela interior spre exterior, vom constata ulcerajii care perforază ansa, dând aderențe ale epiplonului și mezocolonului transvers, prin care se leagă de orificiul herniar sau de fundul de sac. Dificultățile foarte mari, întâlnite în timpul curei radicale, sunt date de conexiunile vasculare care se stabilesc între seroasa intestinală și sacul herniar. Leziunile cuprind apoi corpul ansei, fiind caracterizate prin descuamația și necroza mucoasei. Pe aicea vor pătrunde microbii în straturile profunde ale intestinului. Tromboza și infarctele, favorizează penetrarea microbilor și morficarea țesuturilor.

*În perioada a treia,* ansa strangulată se gangrenează devenind moale și friabilă, dând loc la perforația ansei și revărsarea de materii fecale și de gaze în sacul herniar. Adeseori

epiplonul prezintă focare supurate sau gangrenoase. Mezenterul se va prezenta întotdeauna edemațiat, cu echimoze iar uneori dezinserat de pe intestin. *Invelișurile herniare*, când încarcerarea este mai veche, se prezintă edemațiate și cu focare de hemoragii. Întâlnim deseori echimoze, supurație și eliminarea țesuturilor ce pot da naștere unui flegmon stercoral. Infecția prinzând peretele sacului herniar, poate să necrozeze țesuturile și să ducă la un anus contra naturii spontan.

**Leziunile la distanță.** În primul rând va fi interesat intestinul aferent în urma acumulării conținutului intestinal. Ansa intestinală la acest nivel se distinde și ia o colorație roșietică. Capătul eferent al ansei intestinale are lumenul redus și nu conține nici gaze nici lichide. Din cauza permeabilității mărite a peretelui, se produce o transudație ce va aduce după sine peritonita purulentă fără perforație. Dacă se întâmplă perforația intestinului la nivelul inelului de strangulare, materiile fecale revărsându-se în cavitatea abdominală, dau naștere unei peritonite septice mortale.

Hernia strangulată, mai poate da naștere unei toxemii care se va repercuta în special asupra pulmonului, dând congestii și broncho-pneumonii; asupra cordului, ficatului și rinichiului.

## VII. Simptomatologie

**A) Semne fizice.** Semnul primordial al herniei ombilicale îl formează prezența tumorii, care este variabilă cu natura și felul herniei.

În herniile ombilicale congenitale, această tumoră are volumul unui ou sau al unei portocale, volum mai mare neobservându-se decât în herniile embrionare cu aplazii mari ale peretelui abdominal, adevărate eventrații, incompatibile cu viața. Tumoră se continuă cu cordonul ombilical. *Invelișurile tumorii* sunt de obicei subțiri, lăsând să se vadă prin transparență conținutul ei. Aceste *invelișuri* se întrerup brusc la periferie, unde se continuă direct cu pielea. Prin transparența *invelișurilor herniare* în partea superioară a tumorii, se poate distinge ficatul, iar în partea inferioară intestinul. Când pereții tumorii sunt mai

groși, atunci ficatul se poate recunoaște prin percuție, jumătatea superioară a tumorii fiind mată, iar cea inferioară dând timpanism la percuție, timpanism datorit anselor intestinale. Pe de altă parte ficatul fiind aderent de punga herniară, partea superioară a acestei pungi este nereductibilă și pereții nu se pot încreși, rămânând în permanență destinși, pe când partea ei inferioară unde aderențele sunt mai puțin întinse și conținutul este format de organe cavitare, peretele tumorii se pretează la oarecare reducere, manifestată prin încreșirea și plisarea pereților.

Hernia congenitală este mai mică și abia atinge volumul unei alune, destinzând baza de implantare a cordonului ombilical.

La palpația tumorii, se poate percepe o mică masă de consistență moale, păstoasă, datorită epilonului herniar, sau se percepe o pungă moale elastică, care se reduce la palpare, fiind perceptibil uneori și un *gargouillement* caracteristic prezenței anselor intestinului subțire în sacul herniar. După reducerea herniei, se pot simți cu degetul marginile inelului ombilical, iar dacă punem copilul să tușească, atunci vom simți expansiunea care se produce sub degetul nostru. În alte cazuri, hernia ombilicală congenitală se traduce numai prin prezența unui diverticul herniar, ceea ce face ca de multe ori să nu se poată pune în evidență prezența ei.

Hernia ombilicală la copil, se traduce din punct de vedere clinic, prin prezența unei tumori mici reductibile, care destinde cicatricea ombilicală. La palpație, tumora are consistență moale păstoasă, grunzoasă dacă conținutul este format de epilon, sau are o consistență moale, elastică, dând senzația unui organ cavitat în interior, dacă conținutul este format de ansele intestinului subțire.

La percuție asupra tumorii, vom obține un sunet mat sau o sonoritate timpanică, după cum este herniat epilonul sau intestinul subțire.

Uneori ombilicul pare normal în decubit dorsal, însă dacă punem copilul în picioare și îi spunem să tușească, vom observa că ombilicul începe să bombeze, cicatricea ombilicală destinzându-se, sub influența presiunii exercitate de organul herniat.

**Hernia ombilicală a adultului**, se observă mai des la femei, în special la femeile grase unde se găsește mai des izolată. La bărbați ea este mult mai rară și în general prezența ei este însoțită de alte hernii inghinale sau epigastrice. Ea se observă mai des sub 15 ani decât peste 15 ani. Apariția ei tardivă este favorizată de sarcini, de tumori abdominale și orice alte afecțiuni care măresc presiunea abdominală și explică astfel formarea acestor hernii, care sunt prin excelență *hernii de slăbiciune*.

Când apariția herniei este înainte de 15 ani se poate presupune că ea își datorește existența persistenței unui sac herniar din prima copilărie, care s'a crezut vindecat. Volumul herniei este variabil. Unele sunt de volum redus și rămân așa mult timp, altele sunt mai voluminoase putând atinge uneori proporții monstruoase, hernia luând aspectul de desagă.

Pielea care acoperă hernia, are un aspect normal. În cazul herniilor mari, monstruoase, pielea este adeseori edemațiată de culoare roșie violacee.

Prin palpare, se poate percepe conținutul tumorii variabil și el cu mărimea ei. În tumorile mici, unde numai epiploonul este herniat se percepe o masă moale păstoasă, caracteristică acestuia iar dacă este interesată o ansă intestinală aceasta va da la palpație senzația unui organ moale, elastic, cavitătar. În cazurile herniilor de volum mai mare, vom găsi la palpare, părți de consistență inegală; unele mai dure și neregulate, altele moi și elastice. Variațiile de consistență sunt datorite unui proces de epiploită herniară.

După reducerea tumorii, atunci când aceasta este posibilă, la palpare se poate simți marginea tăioasă a inelului ombilical dilatat. Punând apoi bolnavul să tușească, vom simți o senzație de lovire, de expansiune, datorită organelor abdominale care sub influența presiunii abdominale mărite prin tuse, tind să pătrundă în inelul dilatat.

Tumora herniară poate să fie uneori complect absentă în decubit dorsal. În acest caz ea trebuie căutată cu multă grijă: mai ales la femeile grase, deplasând în masă paniculul adiposperiombilical. În stațiune verticală și punând bolnavul să tușească, tumora se evidențiază bine de cele mai multe ori.

B) **Semnele funcționale**, sunt de obicei în raport invers cu volumul herniei. Herniile de volum mic sunt de obicei cele care sunt mai rău tolerate.

Semnele funcționale par adesea în disproporție cu leziunea minimă ce se constată în special la copii, unde putem găsi un orificiu ombilical de câțiva milimetri și care dă tulburări funcționale alarmante. De cele mai multe ori semnele funcționale nu se traduc decât prin senzația de tracțiune și presiune la nivelul ombilicului.

În cazul însă când un ciucure epiloic este ciupit de inelul herniar în special la copii, se produc turburări funcționale grave, care neliniștesc familia. Aceste turburări se manifestă printr'o durere bruscă, acută, care poate apuca bolnavul în orice moment al zilei, indiferent de alimentație. Cu toate acestea, durerea îi survine mai des în legătură cu alimentația, fie la început cu ocazia ingestiei alimentelor, fie puțin după. Când durerile survin brusc sub forme de colice, copilul devine deodată palid și adeseori varsă.

Uneori din contră sunt dureri insidioase cu iradieri în tot abdomenul, survenind la intervale neregulate, fără nici o regulă, însă exagerându-se cu tusa, cu eforturile sau alimentațiunea. Destul de des se pot întâlni diaree, sau și mai des perioade de diaree alternând cu perioade de constipație. Bolnavul evită să se alimenteze, își pierde forțele și slăbește. Câteodată chiar la acest tablou clinic se suprapun turburări nervoase, manifestate prin insomnie și agitație.

În timpul crizelor dureroase datorite tracțiunii stomacului, de către epiplonul angajat în inelul ombilical, așezând bolnavul în decubit dorsal, acesta își calmează durerile sau chiar face ca ele să dispară imediat și complect. La adult deasemenea hernia ombilicală se poate manifesta cu dureri violente sub formă de colici abdominale foarte puternice, survenind în crize fără nici o cauză aparentă, cu turburări digestive variate a căror cauză adeseori nu se poate găsi, hernia neputând fi depistată din cauza volumului ei neînsemnat de mic și al examenului clinic insuficient.

**Simptomatologia herniei ombilicale strangulate.** *Forma ordinară* a herniei ombilicale strangulate, debutează în mod brusc



cu ocazia unui efort. Indivizii, care nu prezentau fenomene herniare, la un moment dat, observă o tumefacție dură și dureroasă în regiunea ombilicală. Accidente de felul acesta, se întâmplă mai des persoanelor purtătoare de hernii parțial sau total reducibile, care au omis de a purta bandajul protector. Cu ocazia unui efort, hernia se mărește și devine deodată foarte dureroasă și ireductibilă. În acelaș timp bolnavul are grețuri și câteodată chiar vărsături.

*În perioada de stare*, simptomele se precizează și în câteva ore strangularea este constituită apărând simptomele de ocluzie intestinală.

**Semne funcționale.** La nivelul herniei tensiunea și durerea devin din ce în ce mai accentuate. Bolnavii se plâng de dureri vii abdominale și în acelaș timp au vărsături cari la început sunt alimentare și apoi bilioase. Totdeauna se instalează o retenție completă de materii fecale și gaze. Sunt unele cazuri unde semnele de retenție completă nu sunt așa de nete, observându-se chiar diarei și emisiuni de gaze în primele ore dela încarcerare. Se întâmplă de cele mai deseori că aceste diarei să persiste în tot timpul evoluției strangulării. Faptul acesta în aparență paradoxal se explică printr'o simplă ciupire a intestinului.

**Semne fizice.** Bolnavul acuză dureri spontane care se accentuiază la presiunea herniei. Palpând această formațiune tumorală, observăm că este dură și ireductibilă. La percuție se constată o matitate ce se explică prin interpunerea epiplonului între ansele intestinului și peretele sacului herniar.

## VIII. Diagnosticul

**Hernia embrionară**, este caracterizată printr'o aplazie mare a peretelui abdominal și este foarte voluminoasă. Prezența ficatului și ireductibilitatea conținutului herniei pledează pentru hernia embrionară.

**Hernia fetală**, este caracterizată printr'o aplazie mai mică a peretelui abdominal și este mai puțin voluminoasă. Conținutul herniar este reductibil și nu aderă la sacul herniar.

**Hernia ombilicală la copil** este o mică tumoră reductibilă, care se mărește la efort. Ea are mărimea unei alune până la mărimea unei nuci și survine imediat după căderea cordonului ombilical. Aceste hernii se pot întâlni și la copiii mai în vârstă.

**Hernia ombilicală la adult**, se întâlnește mai des la femei și indivizii grași. Hernia este mai mult sau mai puțin dezvoltată. O parte din ele sunt mici de volum și rămân în stadiul acesta mult timp. Acestea sunt foarte greu de tolerat fiindcă dau dureri sub formă de colici, și dau tulburări digestive foarte variate. La indivizii grași este foarte greu să depistăm aceste hernii. Herniile mici și mijlocii se pot reduce cu degetul și în felul acesta descomprim inelul mai mult sau mai puțin lărgit. Herniile netratate, cu timpul pot să ia proporții foarte mari, luând aspectul de desagă. Pielea la nivelul herniilor mari este edemațiată și de culoare roșie sau violacee. La palpare constatăm zone proeminente și dure și altele moi. Nodulii duri sunt datoriti inflamației epiplonului herniat.

**Herniile ombilicale strangulate.** Este foarte ușor de diagnosticat o hernie strangulată tipică, atunci când semnele locale ne atrag atenția asupra localizării ei și dacă ținem seama de simptomele de ocluzie intestinală. *Semnele funcționale.* La nivelul herniei vom constata tensiunea și durerea. Bolnavii au colici abdominale și vărsături la început biliouase și mai târziu verzui. Poate merge până la retenție completă de materii fecale și gaze. În caz de ciupire laterală de intestin, vom avea diaree și emisie de gaze.

**Semne fizice.** Local se constată că hernia este dură, destinsă și ireductibilă. La percuția herniei vom obține matitate care este datorită interpunerii epiplonului. Durerea este spontană și la palpare se accentuează. Abdomenul se balonează și devine dureros la palpare. Meteorismul se instalează progresiv.

## IX. Diagnosticul diferențiar.

Ombilicul poate să fie sediul diferitelor leziuni, pe care trebuie să le cunoaștem atunci când suntem chemați să diagnosticăm o hernie ombilicală.

**Afecțiunile congenitale** pe care le întâlnim la nivelul ombilicului sunt: chistele alantoidiene, chistele uracei și chistele dermoide. Ele se întâlnesc numai în prima copilărie și sunt extrem de rare.

#### **Tumorile ombilicale.**

**Tumori benigne.** La copiii fineri putem întâlni *granulomele*. Se întâmplă că după căderea cordonului, ombilicul nu se cicatrizează complet. Rămâne un punct avivat din care ia naștere o tumoră roșie de aspect granulos și umedă. La suprafață constatăm o secreție seropurulentă și câteodată picături de sânge. Granulomele sunt niște tumori cărnoase, exuberante, ce se dezvoltă după căderea cordonului. Când sunt prea vascularizate, având aspectul unor angiome, pot să dea hemoragii periculoase. *Adenomele* sunt niște tumori, solide sau lichide ce persistă la nivelul ombilicului, după căderea cordonului. Din aceste mici tumori roșunjite, nelede, sclipitoare se scurge o serozitate, care irită tegumentele din jur. *Chistele* sunt tumori mici fie cu conținut seros sau mucos. *Adenomele simple sau adenomele chistice* sunt niște tumori comparabile cu tumorile de incluzie sau tumorile embrionare. Este vorba de o proliferare, când sub formă de masă solidă, când sub formă de mici chiste, grămezi celulare rămase incluse în vecinătatea orificiului ombilical. *Fibromul*, apare de obicei para median și mai ales la femei în plină perioadă sexuală (eforturile nașterii). Mărimea lor variază de la aceea a unei portocale până la mărimea unui cap de adult. Forma lor este rotundă, ovoidă sau neregulată. *Lipomul*, se distinge prin caracterele sale de moliciune și lobulațiune. *Angiomul*, papiloamele, limfangioamele, chistele sebacee, chistele dermoide diverticulare se întâlnesc foarte rar. Toate aceste formațiuni sunt ireductibile.

**Tumorile maligne.** *Sarcomul* regiunii ombilicale este excepțional.

**Cancerul primitiv**, este o tumoră dură, aderentă la piele și este rar. Cel secundar este mai frecvent și are punctul de plecare în tubul digestiv. Aspectul acestor tumori se aseamănă cu un buton de cămașe, iar simptomele locale și generale ne ajută la punerea diagnosticului.

**Supurațiile ombilicului.** La copiii mici, supurațiile ombilicului sînt la un granulom care este ascuns în fundul ombilicului. La copiii mari, supurațiile constau dintr'o scurgere persistentă și rău mirositoare, ce i-au naștere în jurul unui dop format din acumularea de materii sebacee și din rămășițele descamației epidermice. Abcesele superficiale ombilicale sînt de cele mai multeori niște limfangite supurate și sînt localizate de obicei periombilical. Flegmoanele superficiale sînt de obicei periombilicale și sînt rare.

**Afecțiunile traumatice.** În urma unui traumatism al regiunii ombilicale, poate să apară *hematomul* regiunii ombilicale. Aici însă vom găsi în antecedente traumatismul și este localizat în teaca dreptilor, înafara liniei mediane.

**Fistulele congenitale ale ombilicului.** După căderea cordonului ombilical se constituie fistulele care pot fi: *fistula completă a canalului vitelin*, caracterizată prin permeabilitatea anormală și deschiderea la piele a diverticolului lui *Meckel*. De aici ies gaze intestinale și câteodată materii lichide. Mucoasa se îndoaie în ectropion. *Fistula completă a uracei*, prin care se scurge urina în acelaș timp când micțiunea se face pe uretra normală. Se mai întîlnesc și fistule incomplete, care nu dau naștere decît la serozitate. (Pentru toate fistulele ombilicale există un singur tratament: omfalectomia).

## X. Evoluție și prognostic.

Evoluția și prognosticul herniilor ombilicale variază cu forma anatomo-clinică a afecțiunii.

Prognosticul cel mai grav, îl prezintă herniile congenitale cu aplazii mari, ale peretelui abdominal. O mare parte din aceste hernii, fie ele embrionare sau fetale, se rup în timpul nașterii și duc la moartea rapidă a fătului prin peritonita gravă ce se produce.

Dar, chiar dacă în timpul nașterii sacul herniar rămîne intact, pericolul rupturii cu consecințele ei grave persistă și pe mai departe. Pereții sacului herniar fiind lipsiți de vase nutri-

tive, ca și cordonul sunt supuși unui proces de necroză, urmat de eliminarea părților necrozate și deschiderea largă a peritoneului. Moartea se produce apoi în scurt timp în urma peritonitei. Cu toate acestea, se citează în literatură cazuri excepționale, unde la suprafața lamei peritoneale conservate s'a putut produce un proces de cicatrizare, care a dus la o epidermizare definitivă și deci la o vindecare spontană. Așa spre exemplu este cazul descris de *Desbonnets (de Lille)*.

În general însă, prognosticul herniilor embrionare și fetale este foarte grav, evoluția acestor hernii ducând la moartea copilului în câteva zile, dacă nu se intervine chirurgical.

Prognosticul cel mai favorabil îl prezintă herniile ombilicale ale copiilor, care au o evoluție de o benignitate foarte mare. Mulți copii, prezintă o hernie ombilicală dela naștere și după puțin timp ea dispare complet, în urma unui proces de cicatrizare care duce la obliterarea completă a inelului ombilical. Această obliterare se face uneori mult mai târziu. Tendința de obliterare, este mai mare la herniile care sunt prezente deja la naștere, decât la acelea care apar mai târziu, în cursul copilăriei propriu zise.

Totuși nu putem conta în totdeauna pe această cicatrizare care să ducă la o vindecare completă. Sunt cazuri care s'au considerat complet vindecate pentru un timp de mai mulți ani, pentruca apoi ele să reapară în mod brusc, la adult. În aceste cazuri găsim mai ales herniile indirecte, dezvoltate dealungul canalului lui *Richet*.

În mod practic herniile copilului nu se strangulează niciodată. Foarte rar se semnalează fenomene dureroase, sub forme de crize dureroase cu vărsături, care cedează însă imediat dacă punem copilul în decubit dorsal.

În alte cazuri, herniile copilului persistă fără să manifeste vre'un simptom și nu apar evidente decât mult mai târziu, la vârsta adultă, când sub influența unor cauze supradăogate (tumori abdominale, supraîncărcarea grăsoasă a abdomenului, sarcini, etc.), se micșorează tonicitatea pereților abdominali, mărindu-se în acelaș timp presiunea intraabdominală.

Prognosticul herniilor ombilicale ce se observă la adult, este mai rezervat, evoluția acestor hernii fiind susceptibilă la

complicații frecvente, dintre care cea mai gravă este desigur strangularea,

Prognosticul depinde în general de vârsta bolnavului, precum și de volumul herniei și de lărgimea inelului ombilical, care va favoriza mai mult sau mai puțin strangularea conținutului herniar, după cum el va fi mai strâmt sau mai larg.

## XI. Complicații.

1. **Complicații cutanate.** În herniile mari care se constată mai ales la femeile cu abdomenul flasc, se observă uneori complicații cutanate manifestate printr'o eczemă localizată în regiunea ombilicală sau chiar ulcerații la acest nivel, datorite frecării vestmintelor de ombilicul destins de către hernie și lipsei igienei corporale. Aceste alterațiuni tegumentare dela nivelul ombilicului pot fi punctul de plecare al infecțiilor, dând limfangite, erizipel sau flegmoane ale acestei regiuni.

Atunci când există astfel de afecțiuni tegumentare ale regiunii ombilicale, tratamentul chirurgical radical nu va putea fi realizat decât după un tratament dermatologic bine condus.

2. **Perforarea spontană a sacului herniar,** nu se observă decât foarte rar la herniile foarte voluminoase, care produc o distensie enormă a sacului, aceasta fiind apoi susceptibilă să cedeze presiunii intraabdominale și să perforeze. Această perforație este foarte gravă, ea fiind însoțită de o peritonită foarte gravă ce duce repede la sfârșitul fatal al bolnavului.

3. **Strangularea conținutului herniar** este complicația care se întâlnește mai des.

Agentul strangulant îl formează de obicei inelul ombilical, însă în herniile de volum mare se pot observa strangulări intrasaculare datorite unui diverticul al sacului sau unor bride. Alteori epiplonul poate acoperi conținutul herniar, formând un fel de al doilea sac.

Acest epiplon se poate perfora sub influența tensiunii mari abdominale și lasă să treacă anse intestinale prin această perforație, care poate fi apoi o cauză de strangulare. În alte cazuri în fine se poate observa un adevărat volvulus herniar.

Toate aceste moduri de strangulare sunt însoțite de fenomenele clasice ale unei hernii strangulate.

O hernie ombilicală, care poate atunci era reductibilă, la un moment dat încetează de a mai fi și ea devine foarte dureroasă, fiind însoțită în același timp de apariția bruscă a fenomenelor clinice de ocluzie intestinală: vărsături, oprirea materiilor fecale și gazelor, balonarea abdominală și mai târziu fenomene grave de stercoremie.

4. Peritonita herniară se observă mai ales acolo, unde se găsesc afecțiuni cutanate ale regiunii ombilicale, care ar fi responsabile de producerea ei.

Clinic, această peritonită herniară se poate manifesta prin fenomene de pseudostrangulare. La examenul local se observă o roșeață recentă a pielii regiunii ombilicale, însoțită de edem și îngroșarea tumorii, cu ireductibilitatea ei. Aceste fenomene locale sunt însoțite de constipație și vărsături bilioase. Totuși ocluzia stercorală nu este completă, eliminările de gaze nefiind complet suprimate. Fenomenele locale cedează după aplicarea de gheață pe ombilic. După cedarea acestor fenomene trebuie intervenit în mod chirurgical, căci altfel starea generală se poate agrava progresiv din cauza stercoremiei care se instalează în mod lent. Din zi în zi faciesul bolnavului devine mai prost, pulsul mai mic, abdomenul se balonează, vărsăturile devin mai dese și fetide, starea de deshidratare se accentuează foarte mult. Din acest moment starea generală e foarte gravă și intervenția chirurgicală rareori mai poate fi încununată de succese.

5. Neoplasmele herniare formează o altă grupă de complicații ale herniilor ombilicale, complicații care se întâlnesc însă foarte rar.

O tumoră situată în stomac sau colon poate să se propage la epiplonul care formează conținutul unei hernii ombilicale; pe de altă parte în herniile gigante însăși tumora inițială situată în stomac sau colonul transvers poate fi conținută în sacul herniar. De aceea, de câte ori găsim bolnavi mai în vârstă care prezintă o hernie ombilicală, însoțită de semne generale, de cașecsie canceroasă, iar la palparea herniei simțim o masă dură, lemnoasă, trebuie să ne gândim la posibilitatea unui neoplasm herniar.

## XII. Indicații și contraindicații.

Înainte de a opera un bolnav trebuie făcut un examen general precis și amănunțit.

**Indicații.** *Herniile ombilicale embrionare*, trebuiesc operate imediat după naștere (Martin). Rezultatul depinde de precocitatea intervenției și de volumul herniei. În *herniile fetale* mari trebuie să intervenim chiar a 2-a zi după naștere, căci din cauză că sacul este avascular se vor produce sfacelări și peritonită ce aduce după sine moartea. În *herniile copiilor*, trebuie să evităm toate cauzele care produc destinderea inelului și să așteptăm 3—4 ani pentru a se închide spontan. Până atunci recomandăm bandajele ombilicale. Trebuie să operăm toate herniile care nu sunt complete, constant și ușor reductibile. Trebuie să operăm de câteori sunt semne de strangulare. Vom opera deasemenea herniile mici cu tendință la creștere. Având în vedere starea socială, la muncitorii manuali, indicațiile operatorii sunt mult mai rare, ținând seama de cord și pulmon.

După Grosser trebuie operate orice hernii și la orice vârste. Cea mai mare parte din autori consideră prea largă indicația lui Grosser. Dacă intervenția pune în pericol viața bolnavului iar vindecarea pare a fi dubioasă, renunțăm la operație. La copii și adulți operația dă cele mai bune rezultate, iar recidivele sunt foarte rare.

În *herniile ștrangulate*, se intervine oricâte ori este un semn de ștrangulare. În cazuri unde ștrangularea datează de timp mai îndelungat, când bolnavul prezintă vărsături și semne de intoxicație, facem spălături ale stomacului, injecții intravenoase cu soluție hipertonică de clorură de sodiu (Gosset, Binet) și apoi operăm.

### Contraindicații.

Nu vom interveni la copii sub 2—3 ani. Deasemeni nu intervenim la bătrâni, decât în cazuri absolut indicate, căci ei fac de obicei complicații pulmonare. Nu vom opera pe indivizii care prezintă afecțiuni organice concomitente (afecțiuni grave cardiace, pulmonare, renale, diabet, slăbiciune generale și hemofilie). Să



nu operăm marile hernii chiar dacă sunt reducibile, decât în prezența unei stări generale mulțumitoare.

**Indicațiuni relative. Vârsta.** Să nu operăm peste vârsta de 60 ani, decât la indicație absolută. Bolnavii înaintați în vârstă sunt predispuși la broncho-pneumonii. Afecțiunile catarale ale pulmonului pot da bolnavului o pneumonie postoperatorie producând în acelaș timp și o ruptură a plăgii din cauza tusei. *Sarcina.* În primele luni ale gravidității operația este indicată în toate cazurile de hernie ombilicală cu tendința la încarcerare. Spre sfârșitul gravidității se recomandă intervenția numai atuncea când apar complicații (gangrena).

### XIII. Tratamentul herniilor ombilicale.

**Anestezia.** Chestia anesteziei este primordială la acești bolnavi, pentru a preveni accidentele postoperatorii cari altă dată erău destul de frecvente (congestie pulmonară, sincopă cardiacă, etc.). Anestezia regională sau anestezia rachidiană sunt aici metodele de alegere și nu se va recurge la anestezia generală decât în condiții excepționale (individii fricoși, herniile voluminoase). La herniile ombilicale mici sau mijlocii se face anestezie locală, iar la cele mari, narcoză sau rachianestezie. La herniile strângulate, anestezia locală sau rachianestezia trebuie să fie preferate anesteziei generale, mai ales la bătrâni și obezi al căror cord și pulmon sunt fragile. Aceiași anestezie vom folosi la toți hernioșii a căror stare generală preînde o intervenție rapidă și șoc operator minim.

**Tratamentul conservator.** Are de scop să înlătore tulburările produse de hernie, printr'o simplă repoziție și prin aplicare de bandaje. *Repoziția,* se face pe cale nesângerândă și constă din evacuarea organelor din sacul herniar. Acest procedeu se aplică în următoarele cazuri : 1. În cazul herniilor voluminoase, care cer o operație radicală mare și care nu poate fi suportată de bolnavii grași sau bătrâni. 2. La cardiaci, la cei cu afecțiuni pulmonare sau renale, unde operația nu poate fi suportată. *Repoziția* este contraindicată, ori de câteori găsim semnele

unei strangulări sau în caz de inflamații ale peretelui abdominal sau ale sacului herniar.

**Taxisul** (repunerea unei hernii). Deși este o metodă care azi este abandonată complet, totuși o putem folosi în cazuri când operația nu poate fi executată, fiind vorba de copii sau de bătrâni. Se poate aplica numai în strangulări recente (2-3 ore) și se recomandă să se facă o singură încercare. Vom avea grije ca în prealabil să evacuăm vezica, rectul și stomacul. Bolnavul trebuie pus în repaos și să-i aplicăm comprese calde pe abdomen pentru a produce o relaxare a mușchilor. Tot în acest scop se folosește și narcoza. Repunerea hernii se face cu multă prudență. Cu o mână (stânga) prindem colul herniar și cu cealaltă căutăm să micșorăm volumul herniei. Se pot întâmpla și accidente în timpul re poziției. Intestinul poate să ia poziții vicioase. Se poate produce o ruptură a sacului herniar, conținutul rămânând acoperit numai de peritoneu.

**Bandajele.** Tratatamentul herniilor ombilicale prin bandaje este o metodă paleativă bună, dacă se aplică unde trebuie. Ele sunt indicate în toate herniile reductibile. La herniile ombilicale mai putem folosi diversele centuri întrebuintate la eventrații și bandajele cu pelotă de cauciuc umplute cu aer, folosite mai ales la copii. Înainte de a aplica bandajul trebuie să reducem hernia complet. Urmează aplicarea pelotei compresive asupra orificiului herniar și fixarea bandajului corespunzător regiunii, cu ajutorul accesoriilor de care este însoțit. Bandajul astfel aplicat trebuie să reziste presiunii abdominale în poziția în picioare, poziția pe vine și în momentul diferitelor eforturi. Avem diferite modele de bandaje, dintre care cele mai bune sunt: aparatul lui *Delbeau* sau *Drapier*. Trebuie să avem grije să nu se producă la locul de aplicare al bandajelor excoriațiuni sau plăgi ale pielii. De aceea pielea trebuie cât mai des spălată și acoperită cu pudră de talc. Dacă bandajul este aplicat fără să ținem cont de toate acestea, bolnavul va avea inconveniente ca: dureri, plăgi, excoriațiuni și adenite. O grije deosebită se impune în indicația bandajelor la copii. Trebuie să folosim numai bandajele cu pelotă plată. Bandajele cu pelotă conică împiedică inelul de a se închide. Aceste bandaje trebuiesc purtate continuu, căci numai

în felul acesta vor aduce vindecarea până la vârsta de 4-5 ani. Dacă până la această vârstă hernia ombilicală nu se închide în mod spontan, prin purtare de bandaje, întrerupem acest tratament paleativ și recomandăm operația.

În cazurile unde nu putem face repunerea completă a organelor herniate, vom recomanda *brâul elastic*, care în aceste cazuri va aduce foloase mai mari decât bandajele. Brâului elastic i se mai poate alătura și o pelotă ușor excavată ce se aplică în punctul herniar. În felul acesta pielea este expusă mai puțin leziunilor.

**Indicațiile bandajelor.** Ele sunt indicate la *copiii* cu hernii mici, unde sunt de mare folos, ajutând vindecarea spontană prin închiderea inelului ombilical în mod natural. La *adult* indicațiile sunt foarte restrânse. Ele vor fi recomandate numai acolo, unde tratamentul radical nu se poate face, din cauză suferinței altor organe (cord, pulmon, rinichi).

Metodele care se servesc de producerea unei inflamații adesive la nivelul punctului herniar, prin injectarea diferitelor substanțe (alcool + linctură de iod: soluție clorură de zinc 10%) n'au dat rezultate.

Metodele care se folosesc de o pelotă de parafină, aplicată subcutanat. Această metodă constă din injectarea la nivelul herniei reduse 2-10 cmc. de parafină în prealabil topită la 50-60°C. și care se solidifică, luând rolul unei pelote. Nici această metodă n'a dat rezultate satisfăcătoare. Ea predispozează la recidive, necroza pielii, dermatite, peritonite, fistule, tromboze, embolii.

**Rezultatele tratamentului prin bandaje** nu sunt strălucite. De aceea nu vom recurge la acest tratament paleativ decât în cazurile unde nu putem face tratamentul chirurgical.

**Tratamentul chirurgical.** Dintre metodele chirurgicale vom aminti pe cele mai des folosite și care dau cele mai bune rezultate.

**Procedeu cu lambou**, este folosit în cazul herniilor embrionare și fetale. El constă dintr-o incizie circulară în pielea sănătoasă la 1,2 mm. înafara limitei cutanate. Dacă sacul aderă la viscere, lăsam un fragment al sacului aderenți la ficat. (Gar-

rier). Legăm uraca și canalul vitelin și secționăm cu termo-cauterul. Urmează legarea și secționarea vaselor. Partea dificilă a acestei operații, este reunirea marginilor plăgii operatorii rezultată din excizia sacului. Dacă este posibil, vom încerca să facem o apropiere a buzelor și să suturăm într'un singur plan cu fir metalic. Spre a evita eviscerația vom cuprinde copilul cu un bandaj de leucoplast. Dacă apropierea buzelor plăgii nu ne reușește, închidem atunci orificiul cu un lambou cutanat auto-plastic luat din vecinătate, lăsând deschis orificiul de împrumut.

Omfalectomia. Se face o incizie lanceolată, care înconjoară ombilicul și desgolim fața anterioară a dreptilor de o parte și de alta. Într'o parte, incizăm longitudinal teaca dreptului și tăiem un orificiu rotund în teaca dreptului de partea cealaltă. Dreptii sunt trași de o parte și de alta. Ajunși pe foițele posterioare ale dreptilor, le incizăm circular. Ombilicul se lasă după aceea exteriorizat, ducând cu el peritoneul și câteodată o porțiune din epiplonul aderent, pe care o legăm și o secționăm. Pentru a închide plaga operatorie, vom face o primă cusătură transversală care interesează peritoneul și foia posterioară a tecilor dreptilor. Dreptii abdominali vor veni și se vor așeza peste această cusătură, fiind sînuși în această poziție prin planul de sutură superficial. Planul de sutură superficial este constituit astfel; foia anterioară a tecii dreptului abdominal care a fost tăiată longitudinal, vine să acopere pe deasupra foia care a fost tăiată circular și se face sutura lor. *Conservarea cicatricei ombilicale.* Aceasta se face din motive estetice pentru a păstra ombilicul cutanat. În cazul acesta se face o incizie eliptică numai de o singură parte a ombilicului. Ridicăm lamboul cutanat împreună cu ombilicul printr'o ușoară disecție, trăgându-l de partea opusă. Mai departe operația continuă ca mai sus.

Procedeul lui Spitzzy. Se face o incizie sub formă de semicerc deasupra sau dedesubtul ombilicului care trebuie să fie la distanță de  $1/2$  cm. de tumora ombilicală. Se eliberează jumătatea circumferinței coletului sacului herniar, micul lambou este tras în sus iar cu ajutorul unui instrument bont se eliberează coletul sacului herniar și de cealaltă parte, prințându-se între ramurile unei pense, (fără a se închide). Se deschide sacul herniar cât mai aproape de tegument. Marginile peritoneului se prind cu pense și se repune conținutul sacului în abdomen. Sa

cul se trage în sus și se închide pensa aplicată la început. Se leagă sacul sub pensa aplicată, se scoate pensa și se suturează inelul herniar fie longitudinal fie transversal. La herniile mai mari la care se asociază și o diastază a mușchilor drepecți abdominali, se aplică și o sutură acestor mușchi, peste care se suturează lamboul cutanat.

**Operația lui Lexer.** Se circumscrie printr'o incizie longitudinală și se îndepărtează sacul herniar fără rezecția orificiului herniar. După ce s'a tratat conținutul herniei și s'au desfăcut toate aderențele, se introduce arătătorul prin orificiul herniar în cavitatea peritoneală pentru a proteja intestinalele în timpul suturei care urmează. După aceasta sub controlul degetului se aplică o sutură în bursă care interesează toate planurile anatomice afară de piele, cu o sârmă groasă de bronz-aluminiu. Sutura trebuie să intereseze în orice caz mușchii drepecți în mai multe puncte. Înainte de închiderea acestei burse se închide orificiul herniar propriu zis, printr'o sutură simplă care interesează peritoneul și fascia. Urmează înodarea firului metalic, prin care orificiul herniar se înfundă spre cavitatea peritoneală. Prin apropierea marginilor mușchilor se produce o plicatură a aponevrozei liniei albe, care deasemenea va fi suturată cu fire separate, atât deasupra cât și dedesubtul orificiului herniar. Se face apoi sutura pielii.

**Operația Mayo.** Constă dintr'o incizie eliptică în jurul ombilicului prin care se excizează tegumentul împreună cu sacul herniar. Sacul herniar se eliberează de jur împrejur. Vârful sacului herniar care prezintă aderențe cu ombilicul poate fi rezecat. Sacul herniar deschis astfel se prinde cu pense hemostatice și se ține deschis. La nevoie se desfac aderențele intestinale și se repun ansele. Sacul herniar se închide apoi printr'o sutură continuativă și peste acesta se suturează cu fire de mătasă fascia transversală și aponevroza în sens transversal. *Procedeeul preconizat de frații Mayo*, constă în sutura fasciei prin dedublare. Se secționează teaca drepecților în mod transversal în dreapta și stânga orificiului herniar și se deslipește fascia de peritoneu. Se suturează peritoneul continuativ. Lamboul aponevrotic inferior se acopere cu cel superior în felul următor: un fir de argint sau

mătase se trece prin lamboul superior la câțiva cm, de marginea sa liberă, după aceea trece prin marginea lamboului inferior de 2 ori și se scoate în lamboul superior în apropierea punctului de plecare. Se aplică un număr variabil din aceste suturi și înodând, lamboul inferior este tras sub lamboul superior. Marginea liberă a lamboului superior se suturaază printr'o sutură continuativă cu catgut, de teaca dreptilor. Urmează suturarea pielii.

## XIV. Complicațiile postoperatorii.

Cu toate precauțiunile luate de chirurg, se întâmplă în unele cazuri diferite complicații, unele mai ușoare altele mai grave, cari duc uneori la un sfârșit letal.

Hematomul este o complicație ușoară și se produce fie din motive tehnice (ligaturi slabe ale vaselor superficiale sau profunde) fie ruperii țesuturilor la nivelul suturilor, în urma măririi presiunii abdominale dată de tusa bolnavilor, care se accentuează în urma complicațiilor pulmonare.

Supurațiile se produc mai des atunci când întrebuițăm fire nerezorbabile, când în aceste țesuturi cu vitalitate scăzută, avem un mediu prielnic de dezvoltare. Mult mai grave sunt complicațiile date de însăși intestinul lezat. În primul rând vom menționa, *Enteroragia* care este un accident destul de serios și care poate surveni fie imediat după operație, fie mult mai târziu și se produce la nivelul ansei strangulate. Acest accident se întâmplă în herniile ombilicale voluminoase și se manifestă prin ușoare amețeli, puls slab, diarei sanghinolente și stări subfebrile. *Enteroragia tardivă* este mult mai serioasă și apare de obicei la bătrâni. Dacă aceste enteroragii se repetă, se recomandă pungă cu gheață pe abdomen, injecții cu ser fiziologic și transfuzie.

Stenoza intestinală, este o altă complicație serioasă, produsă printr'un proces fibrozant la nivelul mucoasei sfacețate (*Palasciano*).

Această stenoză poate să fie dată și de un proces exterior ansei, cum este peritonita localizată, care fixează anșa în țesutul la peretele abdominal și-i micșorează lumenul din cauza

cuđurii profuze. Stenoza intestinului mai poate să fie dată și prin combinarea acestor două feluri de leziuni.

Ileusul paralitic, apare uneori după operația herniei ombilicale cu fenomenele următoare: vărsături, greață și meteorism. Poate apare după 24 ore dela operație și suntem obligați să intervenim din nou prin laparatomie.

Complicațiile tardive locale, sunt mai des reprezentate prin herniile ombilicale recidivate sau eventrații. In aceste cazuri este vorba de o lipsă de refacere a peretelui abdominal.

Complicațiile pulmonare cum este pneumonia, bronchopneumonia, embolia pulmonară, septicemia, se întâlnesc destul de des la bătrânii operați de hernie ombilicală.

## XVII. Cazuistică

**Cazul I.** — M. F. de 75 ani, căsătorită, casnică. Intră în clinică la 25 II. 1925.

Antecedente personale. La 19 ani febră tifoidă. Starea generală în ultimul timp bună. Boala actuală datează de 20 ani, când bolnava a observat apariția unei tumorețe mici în regiunea ombilicală. Această tumoră în starea actuală e de mărimea unui cap de făt. Tot timpul tumora a fost reducibilă și bolnava n'a avut dureri. Acum 2 zile, observă că tumora nu se mai reduce, cu toate încercările făcute. După 2 ore are dureri care se accentuează din ce în ce, sughiț și vărsături, febră și puls frecvent. Constipată. Din cauza acestor fenomene bolnava vine la clinică. Semne obiective: temperatură 38,2, puls 110, respirații frecvente. Starea generală gravă, tegumentele palide, extremitățile cianozate. Aparatul respirator nimic patologic. Aparat circulator: șgomotele cardiace surde, voalate la toate focarele, puls abea perceptibil. La examenul abdomenului, în regiune ombilicală, se observă o tumoră enormă cu pereții necrozași. Sistem nervos, reflexele pupulare și cele tendinoase și cutanate normale. Examen local; în regiunea ombilicală se observă o tumoră de mărimea unui cap de copil, moale, ireductibilă. Tegumentele la acest nivel sunt alterate, de o colorație lividă exematoasă. Restul abdomenului este balonat, foarte sensibil. Starea generală gravă. Bol-

nava e foarte slăbită. Diagnostic preoperator: hernia ombilicală enormă, încarcerată. Tratament preoperator: injecții cu ser fiziologic subcutanat. Operația: anestezia locală cu Novocaină 1%. Intervențiunea la 25 II. 1925 constă în cură radicală după Mayo. Incizia ovală în jurul tumorei până la fascie. Sacul herniar secționat, apare colonul ascendent, cecul și intestinul subțire în plaga operatorie. Aceste viscere sunt ușor necrozate la nivelul seroasei. Tratament postoperator: după operație imediat injecție cu ser glucozat, strichnină subcutan. Canfor, cafeină: slăbiciunea inimii însă progresează, pulsul imperceptibil. După o oră de intervenție, bolnava sucombă.

Cazul II. — B. C. 54 ani, căsătorită, casnică. Vine la clinică la 15 III. 1926. Antecedente personale: în copilărie, tusă convulsivă, varicelă și anghină difterică. La 26 ani, contractează infecție sifilitică. După 18 ani, are manifestațiuni terțiare (gomă sifilitică) în regiunea gambei drepte. Boala actuală datorează de 3 ani, datorită unui efort. Bolnava are dureri violente în lombe, cu amețeli și slăbiciune generală. La 2—3 zile, observă apariția unei tumorete nedureroase în regiunea ombilicală. În prezent tumora are mărimea unui pumn de adult. În ultimul timp tumora se reproduce la cel mai mic efort, fiind însoțită de dureri extreme de violente, de greață și vărsături. Cu aceste semne vine la clinică. Semne obiective: Temperatura 36.8. Pulsul 76 pe minut, respirații 20. Starea generală bună. Examenul aparatului circulator: sgomote surde la toate focarele. Aorta: sgomotul întâiu voalat, al doilea accentuat. Pulmonar, sonoritate. Extremitățile: pe fața antero-externă a gambei drepte în  $\frac{1}{3}$  mijlocie, se află o cicatrice neregulată, pigmentată.

Examen local: abdomenul desvoltat, pereții relaxați, la nivelul cicatricei ombilicale în jumătatea inferioară observăm o tumoră de mărimea unui pumn de adult de consistență elastică păstoasă. Tumora se mărește la efort, iar în decubit orizontal se micșorează. Asupra tumorei matitate. Tumora se reduce ușor, se simte conturul inelului ombilical. Diagnostic preoperator: hernie ombilicală, emfizem, aortită. Operația: anestezie locală cu Novocaină. Intervenția la 17. III. 1926. Cură radicală după Mayo. Incizie semilunară, rezecția epiplonului și a sacului herniar, refa-



ceera pereților. După operație, bolnavul are greață, vărsături, e afebril. Starea generală bună. La 27. III. se școt firele. La 31. III. temperatura 39 și 5. Puls 120, se deschide plaga, din profunzime se scurge o cantitate abundentă de lichid sanghinolent. Se drenează și temperatura scade brusc la 36. 4—36. 8. La 4. IV. e afebril, părăsește patul, face câțiva pași, cade și sucombă.

Cazul III. — B. A. 58 ani, văduvă, casnică. Intră în clinică la 16. IV. 1935. Antecedente heredo-colaterale și personale nimic important. Boala actuală datează de 20 ani și a survenit în urma unui efort. Bolnava a observat o tumoră cât o nucă în regiunea omblicală, care a ajuns la mărimea unui cap de copil. Bolnava avea uneori dureri suportabile care apăreau cu întreruperea vânturilor. Acum 2 ore, tumora a crescut brusc însoțită fiind de dureri foarte mari insuportabile. Vine la clinică pentru intervenție. Examen obiectiv. Starea generală bună. La examenul organelor nimic important. Examenul local: la nivelul regiunii ombilicale se observă o tumefacție de mărimea unui cap de copil, sensibilă, dură, lemnoasă. Tegumentele au o colorație roșie-verzue. Abdomenul sensibil, leucocitoza 9500. Diagnostic preoperator: hernie ombilicală strangulată. Tratament preoperator: se face examenul urinei: negativ. Operația: anestezia locală cu Novocaină, intervenția 16. IV. 1935. Constă în: Kelotomie, cură radicală după Mayo, cu rezecția epiplonului și secțiunea inelului de strangulare. Tratamentul postoperator. 20. IV. Starea generală gravă, temperatura 38. 5, Puls 120, slab. Pneumonie. Cardiotonice, Calciu-Sandoz, transpulmină intramuscular și ventuze. Local plaga curată. În 20. IV. sucombă în urma pneumoniei.

Cazul IV.—T. S. 56 ani, căsătorită, casnică. Vine la clinică la 6. I. 1939. Antecedentele heredo-colaterale și personale fără importanță. Boala actuală datează de câțiva ani, când bolnava a observat în urma eforturilor o tumoră în regiunea ombilicală de mărimea unui măr. Tumora s'a mărit mereu de o parte și de alta a ombilicului, devenind multilobată. Reductibilă la început această tumoră devine ireductibilă acum câteva zile, fiind însoțită de fenomene dureroase. Tumora este dură, net delimitată, neregulată, multilobată, sensibilă la presiune. Suprimarea vânturilor

lor și scaunului; fenomene de sughiț, vărsături și frison. Vine cu aceste fenomene la clinică. Examen obiectiv: Temp. 37. Puls 85, starea generală rea. Tegumentele palide. Din partea organelor nimic important. Examenul local: regiunea ombilicală prezintă o tumoră neregulată, multilobată de mărimea unui pumn de adult. Formațiile tumorale au consistență de organ și sunt reducibile. Diagnostic preoperator: hernie ombilicală încarcerată. Tratament preoperator: se ia tensiunea arterială, se injectează Cofeină natr. benzen. Tratamentul chirurgical. Anestezie rachidiană cu Novocaină 1%. Operația prin laparotomie supra-ombilicală. Operația 6. I. 1939. Se face incizie ovoidă care delimitează tumora și laparotomie mediană deasupra tumorei. Făcându-se Kelotomie internă. În interiorul sacului herniar se constată epiplonul, anse intestinale și o formație tumorală cu învelișul calcificat de mărimea unui ou de găscă. Se rezecă o porțiune din epiplon. Se examinează tumora calcificată, se leagă pediculul mezenteric, se taie, și se extirpă tumora. Ansele nu sunt necrozate. Se închide cavitatea peritoneală și se face cura radicală după Mayo, pansament. După operație 7. I., bolnavul în stare gravă 38,6, puls 90: i se administrează cardiotonice și ser glucozat. Bolnavul intră în comă și sucombă.

Cazul V. — E. I. 62 ani, căsătorită, casnică. Vine la clinică la 27 III. 1939. Antecedente puțin importante. Boala actuală datează de 10 ani. În urma unui efort a observat o tumoră de mărimea unei nuci în regiunea ombilicală, însoțită de fenomene dureroase. Tumora a ajuns mărimea unui pepene și e multilobată. La efort durerea și volumul tumorei se accentuează. Acum 5 ore, a avut o durere vie în regiunea ombilicală. Tumora a luat mărimea unui cap de adult, multilobată. Bolnava avea vărsături, vânturile și scaunele s'au oprit complet. Dinamică, starea generală rea. Cu aceste fenomene intră în clinică. Examen obiectiv: Temp. 37,5; Pulsul 95. Tegumentele de colorație normală. Aparat respirator și circulator, nimic patologic. La examenul local, se observă în regiunea ombilicală o tumoră de mărimea unui cap de adult, neregulată, multilobată, elastică, cu timpanism, ghiorăituri. Tumora este ireducibilă. Diagnosticul preoperator: hernie ombilicală încarcerată. Operația; anestezie

regională cu Novocaină; Intervenția; 27 III 1939, constă în Kelotomie, rezecție de intestin, plastică. După operație în timp de 3 ore, bolnava se cianozează, extremitățile sunt reci, respirația e dificilă. Cardiotonice, ser glucozat, sticle calde. Colaps. La 3 ore și jumătate de la intervenție bolnava sucombă.

Cazul VI. — K. R. 40 ani, căsătorită, casnică. Intră în clinică la 6 IX. 1919. Antecedente personale fără importanță. Boala actuală datează de 15 ani. Bolnava observă la nivelul ombilicului, o tumefacție mică, reductibilă, care s'a mărit în volum în ultimul timp. Din ziua de 3 IX. 1939, bolnava are dureri foarte mari la nivelul tumorii, cu oprirea șcaunelor și a vânturilor. Starea generală: gravă. Vine la clinică cu dureri mari epigastrice la nivelul herniei. Examenul medical obiectiv: Temp. 37.1 Puls 100. Respirație 30. Din punct de vedere organic: nimic patologic. La examenul local: abdomenul balonat, foarte sensibil în jurul ombilicului, cu intensitate maximă la acest nivel. Tumora însă are mărimea unei nuci. Tegumentele sunt de colorațiune roșie-violacee. Diagnostic preoperator: hernie ombilicală încarcerată. Tratament preparator: se administrează 2 cmc. Cofeină Natr. Benzen, și 1 cmc. de Cardiazol. Operația făcută la 6 IX. 1939 în anestezie locală cu Novocaină. Se face laparotomie. Kelotomie, rezecție de epiplon, cura radicală, după 4 zile. După operație, la 7 IX. 1919 bolnava e în stare generală gravă, temp. 31.5, puls 120. Nu are emisiuni de gaze; i-se administrează ser glucozat și ser ipertonic. Infuzie subcutanată cu ser fiziologic. Peste noapte, starea generală gravă. Bolnava sucombă cu fenomene de intoxicație gravă în 8 IX. 1939.

## XVI. Concluzii.

1. Hernia ombilicală este o afecțiune relativ frecventă la copii și la adulți.

2. La copii, hernia ombilicală este foarte adesea acompaniată și de alte malformații congenitale. (Hernii inghinale, ectopie testiculară).

3. Hernia ombilicală la copii se prezintă de multeori cu simptome fruste, fapt care nu ne atrage atenția îndeajuns asupra regiunii ombilicale riscând în felul acesta să rămână necunoscută leziunea cauzală și să stabilim un diagnostic greșit.

4. Hernia embrionară și fetală trebuie operată imediat după naștere e căci de cele mai multeori prezența lor este incompatibilă cu viața.

5. Herniile copiilor, le operăm numai la indicații absolute; restul lor le tratăm conservativ prin bândaje până la vârsta de 5-6 ani, când vom interveni chirurgical în cazul când nu s'a produs o refacere naturală a inelului ombilical. Prognosticul herniilor ombilicale la copii este bun.

6. La adulți, herniile ombilicale apar mai frecvent la femei decât la bărbați. În special apar la femeile grase și în urma sarcinilor multiple (hernii de slăbiciune).

7. Tratamentul conservator, este indicat numai în cazul când intervenția chirurgicală este imposibilă, sau nu promite rezultate satisfăcătoare. Restul herniilor ombilicale simple trebuie operate cât mai de vreme.

8. Procentul mortalității la herniile ombilicale simple operate în Clinica Chirurgicală, este 3,03%.

9. Herniile ombilicale strangulate trebuie operate întotdeauna. Prognosticul operator este grav.

10. Procentul de mortalitate în cazurile de hernii strangulate, operate în Clinica Chirurgicală este de 27,77%. Această mortalitate se poate reduce dacă intervenția se face precoce.

11. Anestezia indicată este cea locală și rachianestezia. Excepțional folosim anestezia generală.

12. Metodele operatorii folosite în clinică sunt procedeul Mayo și Omfalectomia.

Văzută și bună de imprimat:

Decanul Fac. de Medicină:

(ss) Prof. Dr. I. DRĂGOIU.

Președintele tezei:

(ss) Prof. Dr. ALEXANDRU POP.

## XVIII. Bibliografie.

1. Preda V. și Rusu I.: Curs de Embriologie 1939.
2. Drăgoiu I.: Elemente de Histologie.
3. I. Testut et O. Jacob: Traité d'Anatomie humaine.
4. Rouvière: Traité d'Anatomie.
5. Papilian V.: Manual de disecție vol. II.
6. Forgue E.: Précis de Pathologie externe. 9<sup>e</sup> édition.  
Tome II. Paris 1935.
7. Gosset A. et D. Petit Dutailis: Pathologie chirurgicale.  
Tome IV. 1938. Masson.
8. Cornit et Tchistovitch: Lésions de l'intestin dans les hernies  
étranglées.
9. Hașieganu și Goia: Tratat elementar de semiologie și pa-  
tologie medicală, Cluj 1938.
10. August Bier, Heinrich Braun, Hermann Kümmel: Chirur-  
gische Operationslehre. Band IV. Leipzig 1917.
11. L. Ombredanne: Précis clinique et Operatoire de Chirurgie  
Infantile. Paris.
12. R. Farrando: Cure Radicale de la Hernie Ombilicale  
Etranglée. Thèse de Paris, 1926.
13. Duchamp de Langeneste: L'étude clinique et traitement  
Chirurgicale de la Petite Hernie Ombilicale chez  
l'enfant. Thèse de Paris 1925.
14. Krausz Sidonia: Tratatamentul Herniei ombilicale la adult.  
Teză. Cluj, 1925.
15. Petreanu E.: Teză. Cluj.
16. Revista de Chirurgie: București No. 1—2. Ian., Febr. 1934.