

Flegmoanele lui Heurteaux

I. Făgărășanu, N. Covali

Revista de Chirurgie 1934;1-2/37:76-84

În anul 1877 Heurteaux comunică la Societatea de Chirurgie din Paris 7 cazuri de flegmoane subombilicale cu un aspect particular, care de atunci îi poartă numele. Tillaux a negat existența acestor colecții profunde, pe care le localizează întotdeauna în țesutul celular subcutanat. Trélat însă le admitea. Această divergență de opinii se datora lipsei de precizie topografică. În ultimii ani Guyon contribuie la precizarea flegmoanelor subombilicale, în urma studiilor pe care le-a efectuat asupra flegmoanelor cavității lui Retzius.

Heurteaux explică localizarea acestui flegmon printr-o dispoziție anatomică specială a regiunii subombilicale. El arată că această regiune se prezintă la unii indivizi ca o pungă limitată înaintea de teaca posterioară a mușchilor drepti abdominali, înapoi de o lamă aponevrotică specială numită de el fascia infraumbilicalis, în sus de aderențele acestei fascii la cicatricea ombilicală, lateral de unirea fasciei cu teaca mușchilor drepti.

S-a arătat că fascia infraumbilicalis a lui Heurteaux nu există, dar că în schimb ar exista în spațiul prevezical niște lame celulo-fibroase, unele orizontale, altele verticale, care îl despart în mai multe loji secundare. Astfel Charpy a descris o lamă fibroasă, dispusă în sens sagital, care se întinde de la linia albă la aponevroza ombilico-prevezicală și divide acest spațiu în două jumătăți laterale, simetrice. Pierre Delbet a arătat existența unui alt sept, dispus orizontal deasupra pubisului, între teaca mușchilor drepti și aponevroza ombilico-prevezicală, formațiune care delimitează în sus flegmoanele pelvine retro- și sub-pubiene. Testut nu a

găsit această lamă fibroasă. Cel care s-a ocupat mai mult cu acest subiect a fost Aversenq. Acest autor fiind raportor la al XVII-lea Congres al Asociației Franceze de Urologie din 1913 cu subiectul "Pericistitele" - confirmă existența celor 2 lame celulo-fibroase descrise mai sus, semnalând și o a treia localizată sub ombilic, unde delimitează o mică lojă pentru dezvoltarea flegmoanelor descrise de către Heurteaux. După Aversenq flegmoanele lui Heurteaux nu ar fi decât flegmoane superioare ale cavității lui Retzius, afirmație pe care a încercat să o dovedească experimental prin injectări cu gelatină colorată.

Unul din noi¹ a arătat în lucrarea sa inaugurală că în realitate nu există nici un sept în spațiul prevezical și că toate septurile (cloisoanele) descrise sunt produse în mod artificial, prin injectările de gelatină. Această substanță nu poate să pătrundă prin ochiurile rețelei de țesut conjunctiv, care umple spațiul prevezical, și atunci împinge acest țesut înaintea ei, condensându-l și dându-i aspectul unor fascii. Așa se explică de ce aceste condensări nu au fost descrise decât de anatomistii care au utilizat injectările cu gelatină. În lucrarea noastră am arătat că ori de câte ori am încercat să obținem injectarea spațiului prevezical cu gelatină colorată, am obținut injectări incomplete, așa încât dacă am fi rămas numai la acest mod de investigare, ar fi trebuit să tragem concluzia că spațiul

¹ Ion Făgărășanu. Cercetări anatomice asupra spațiului prevezical. Teză de doctorat. București. Martie 1927

pre-vezical este septat. O observație mai atentă ne-a permis însă să constatăm că direcțiunea fasciei care limita spațiul varia după punctul pe care îl alegeam pentru introducerea gelatinei colorate, ceea ce ne-a dat dreptul să afirmăm că aceste fascii sunt simple artefacte, produse post-mortem datorită unei tehnici defectuoase.

Afirmația noastră este cu atât mai întemeiată cu cât pe piesele de disecție cercetate de noi nu am întâlnit nici odată existența unor atare septuri.

Considerăm însă că cu mult mai importantă este cunoașterea existenței de ganglioni limfatici situați profund în jurul ombilicului, pentru a avea o explicație anatomo-patologică a modului de producere al flegmoanelor sub-ombilicale.

Gerota a descris cel dintâi în 1896, un mic nodul ganglionar situat în vecinătatea inelului ombilical, în țesutul sub-peritoneal, pe traiectul limfaticelor profunde ale ombilicului, pe care l-a și denumit ganglionul ombilical. Aceiași formațiune limfatică a fost găsită mai târziu de Kütnér și Pasteau. Cunéo și Marcille (1901) descriu la 3/10 feți un ganglion situat puțin dedesubtul ombilicului, în țesutul celular sub-peritoneal. Acești ultimi autori au mai descris 2 mici ganglioni anexați vaselor limfatice profunde supra-ombilicale (ganglioni inter-ruptori). Trebuie să mai menționăm că de curând (1926) Kihara a găsit elemente ganglionare în interiorul tecii mușchilor drepti, de a lungul ramurii abdominale ale arterei mamare interne și chiar în masa mușchilor.

Aceste constatări anatomice ne permit astăzi să interpretăm cu totul altfel decât Heurteaux anatomia patologică a flegmoanelor sub-ombilicale descrise de el. Pentru noi acestea sunt în realitate niște adenoflegmoane cu punct de plecare ganglionul sub-ombilical descris de Gerota.

Afirmația noastră este cu atât mai ușor de admis cu cât Lecène și Leriche au afirmat, alături de alți autori, că majoritatea supurațiilor dezvoltate în spațiul prevezical sunt în realitate adenite supurate.

Etiopatogenia flegmoanelor lui Heurteaux ca și a celor din spațiul prevezical în general este complexă și foarte variabilă. Schematic putem considera trei mari cauze:

1. Locale: toate leziunile infecțioase ale ombilicului, escoriațiile, ulcerările tegumentare, plăgile chirurgicale sau traumatiche, fracturile sau osteitele pubisului și oaselor iliace, produse prin însămănțare directă sau pe cale hematogenă pot să conducă la supurații sub-ombilicale.
2. Generale: În cursul unor infecții generale (în particular febra tifoidă) se pot observa colecții

în spațiul prevezical (Nicolich, Guisy, Watson) dintre care unele se pot extinde până la ombilic. Ca patogenie s-au propus teoria miozitei (Labuze) și teoria inflamației pornite de la spațiul prevezical (Wentzel). Guisy citează un flegmon prevezical după o parotidită urliană. Unul din cei doi bolnavi ai noștri suferea de o parotidită supurată, pentru care a și fost operat.

3. Leziuni viscerale de vecinătate: pot fi incriminate la producerea acestor flegmoane. Înainte se credea că vezica urinară intervine în toate cazurile, fapt care a dus la denumirea de para-sau extra-cistite dată flegmoanelor spațiului Retzius. Astăzi se știe că majoritatea cazurilor sunt de origină viscerală extra-vezicală și că turburările vezicale observate sunt secundare unei infecții propagate de la un organ din vecinătate spre vezica urinară. Hallé admite intervenția vezicii ca factor etiologic primar numai în 25% din cazuri, prin traumatisme accidentale sau operatorii și cistite cronice așa cum se întâlnesc la prostatice, la stricturați, la bolnavii cu calculi vezicali, diverticuli sau neoplasme. În 75% din cazuri infecția vine din profunzime, de la un organ visceral extra-vezical, fie direct prin aderențe peritoneale, fie indirect pe cale hematogenă sau limfatică (Hallé). Încă de mult timp Turner a dovedit existența în țesutul celular subperitoneal a unei rețele vasculare care comunică larg cu rețelele vasculare periviscerale. Aceste legături vasculare explică posibilitatea transmiterii unei infecții pornite de la orice organ aflat în cavitatea abdomino-pelvină spre peretele abdominal.

Pentru a ajunge în teaca posterioară a dreptului abdominal infecția poate parcurge deci: calea hematogenă (rară), calea limfatică (frecventă), însămănțarea prin contiguitate (frecventă).

Din punct de vedere anatomopatologic flegmoanele lui Heurteaux se prezintă sub una din următoarele 3 forme (Aversenq): forma supurată sclerozantă având ca expresie clinică flegmonul lemnos, forma supurată abcedată cu un mare abces cuprinzând întreaga lojă și forma flegmonoasă în care supurația difuzează dincolo de limitele lojii.

Anatomia patologică a unui flegmon subombilical nu se deosebește de aceea a unui flegmon obișnuit. Microbii întâlniți sunt colibacili, stafilococi, streptococi, bacilul Eberth, gonococi, etc. sau germeni anaerobi care dau un miros fetid, ca în abcesele perirectale.

Cum interesul acestor supurații subombilicale, ca și al celor prevezicale, rezidă mai mult în studiul formelor cronice, este interesant de a inciza un asemenea flegmon-cum face Boppe-pentru a ne da seama treptat de diferitele elemente care intră în constituția lui: bisturiul pătrunde mai întâi într-un țesut sclero-adipos, care invadează mușchii transformați și ei într-un țesut lardaceu, aproape cartilagos. Mai departe descoperim mici abcese centrale cu câte o linguriță de puroi cremos, care conține floră banală; în alte cazuri aceste colecții lipsesc și doar examenul microscopic ne arată reacția inflamatoare a țesutului conjunctiv. Mergând mai în profunzime cu bisturiul dăm de aderențe peritoneale (infecție prin contiguitate) sau peritoneul este liber (infecție pe cale limfatică sau hematogenă).

Flegmoanele lui Heurteaux prezintă simptomele generale și funcționale ale supurațiilor prevezicale; numai semnele fizice le sunt particulare. Astfel după Guinard, Guyon, Bouilly, Peyrat și alții, simptomatologia poate fi încadrată în 3 perioade evolutive: 1) perioada de turburări viscerale; 2) perioada de tumoră flegmonoasă; 3) perioada de abcedare.

În prima perioadă simptomele generale sau viscerale variază după forma acută sau cronică a flegmonului. În forma acută debutul este destul de zgomotos, cu turburări viscerale, semne peritoneale, reprezentate de dureri post-prandiale, luând uneori caracterul de colici abdominale, însoțite de frison și febră, grețuri, vărsături, constipație și turburări vezicale. În formele cronice caracterizate printr-o reacție inflamatorie torpidă, după mai multe săptămâni sau luni se constituie o masă tumorală, fără caracterele clinice ale unui flegmon, numită tumoră inflamatorie (Schwartz, J. Quénu).

În a doua perioadă flegmonul se precizează prin semnele sale clinice. În regiunea ombilicală apare o tumefacție rotunjită sau ovoidă, simetrică, uneori în formă de corn (ca în unul din cazurile noastre), care de regulă nu depășește în sus nivelul ombilicului, rămânând la distanță de pubis. La palpare are o consistență relativ dură, amintind pe a fibroamelor, cu tegumente supraiacente normale sau ușor edemate și mai roșii, cu îngroșare sclero-dermală (Hasmonic). În unele cazuri tumora este complet imobilizabilă. Un simptom important este durerea care "crește repede și se întinde mult" (Bernütz), mai întâi vagă, apoi localizată în regiunea bolnavă și din ce în ce mai intensă. Orice efort sau mișcare care pune în contracție musculatura abdominală crește durerea, motiv pentru care bolnavul alege să își flecteze trunchiul spre a-și relaxa musculatura abdominală. În flegmoanele cronice

durerea spontană lipsește, dar se menține durerea la presiune (Schloffer).

În perioada a treia febra scade puțin, durerile devin fixe și pulsatile, apare o tumefacție fluctuantă care indică prezența colecției. Dacă nu se intervine pielea se ulcerează și conținutul se evacuează spontan. Rare ori supurația se rezolvă în acest mod. În cazul flegmoanelor lemnoase acestea nu abcedează și au o evoluție îndelungată.

Evoluția este deci variabilă. Flegmoanele lui Heurteaux în loc să evolueze spre peritoneu, evoluează spre exterior, deschizându-se de regulă prin ombilic. Rareori evoluează spre peritoneu și se evacuează într-un viscer cavitat.

Diagnosticul supurațiilor subombilicale este pozitiv și diferențial.

Ca pentru toate flegmoanele parietale, Boppe admite două maniere de a pune diagnosticul: 1) colecția parietală este ultima etapă a unei afecțiuni viscerale, care evoluează de mai mult timp, putând fi asociată cu aceasta; 2) supurația parietală domină de la început simptomatologia, iar o eventuală afecțiune cauzală trece aproape neobservată așa încât impresia examinatorului este că se află în fața unei afecțiuni primitive.

În prima situație afecțiunea cauzală este ușor de recunoscut și cuprinde diverse leziuni viscerale. Singura dificultate este de a deosebi flegmoanele lui Heurteaux de abcesele peritoneale închistate, care după Guinard sunt mai fixe și mai greu de mobilizat. Din punct de vedere practic această deosebire nu are nici o importanță întrucât ambele au aceeași sancțiune chirurgicală.

În a doua situație diagnosticul de flegmon este ușor, dificultatea vine însă la precizarea diagnosticului etiologic.

Examenul clinic amănunțit ne lămurește în toate cazurile. O tumoră dezvoltată în jurul unei cicatrici operatorii sau traumatice sau un bolnav cu o stare generală relativ bună la care apare o tumefacție parietală subombilicală, care crește progresiv și este însoțită de pusee febrile. Uneori nu se poate pune diagnosticul chiar și intraoperator, cu piesa în mână și trebuie să recurgem la examenul microscopic anatomo-patologic.

Diagnosticul diferențial în formele acute se face cu peritonitele localizate, cu enteritele sau cu cistitele. În peritonite durerea este mai intensă și este însoțită de semne de iritație peritoneală. În enterite există fenomene digestive iar cistitele au semne urinare caracteristice.

În perioadele II și III de evoluție există iarăși

afecțiuni care ne pot înșela. Hematomul parietal se deosebește în primul rând prin istoricul bolii și prin localizarea lui în teaca dreptilor. Inflamațiile cronice specifice cum sunt tuberculoza, actinomicoza și luesul se caracterizează prin raritatea lor, prin evoluția leziunilor, prin examenul anatomo-patologic și în unele cazuri chiar prin tratament de probă.

Afecțiunile cele mai frecvente de diferențiat sunt tumorile ombilicale și parieto-abdominale, mai ales pentru formele cronice de flegmoane ale lui Heurteaux.

Printre tumorile benigne fibromul ocupă primul loc. El se localizează cel mai adesea în 1/3 inferioară a mușchilor drepti abdominali (Petrescu, Novleanu, Angelelli), este paramedian și apare la femeile în plină activitate sexuală (90% din cazuri după Angelelli). Lipomul se distinge prin consistență și lobulație. Papiloamele, limfangioamele, chistele sebacee, chistele dermoide se întâlnesc rar în această regiune.

Dintre tumorile maligne cele mai frecvente sunt metastazele parieto-ombilicale cu punct de plecare digestiv sau utero-ovarian. Cancerele epiteliale primitive și sarcomul sunt rarități.

Herniile ombilicale și juxta-ombilicale apar de cele mai multe ori la femeile grase. Ele se recunosc în primul rând prin expansiunea la efort și prin reductibilitate. În cazul încarcerării se poate palpa o masă cu zone tari și cu zone moi mimând un neoplasm.

Eventrațiile subombilicale se recunosc ușor.

Tratamentul este chirurgical. Imediat ce se pune diagnosticul se incizează și se drenează. Tumorile inflamatorii cronice pot fi extirpate în bloc (Lecène).

În serviciul regretatului nostru maestru, prof. Juvara de la spitalul Brâncovenesc, am întâlnit în cursul anului 1932 două cazuri de flegmoane Heurteaux. Iată observațiile bonavilor:

Cazul 1. Bolnavul I.P. în vârstă de 70 de ani se internează în 8 aprilie 1932 pentru parotidită supurată stângă, cu debut în urmă cu 4 zile.

Antecedente: Bolnavul este diabetic și are o uretrită supurată veche cu fenomene de cistită pe care și-a tratat-o prin instilații, dar fără un rezultat notabil.

Starea prezentă: nimic organic, bolnav constipat, cu scaun la 4 zile. Febril 39°C. Regiunea parotidiană stângă mărită de volum, roșie, dureroasă, ușor fluctuantă. În regiunea subombilicală începând imediat sub ombilic și până la 2 laturi de deget deasupra pubisului se observă o tumefacție de mărimea unei jumătăți de lămâie, care bombează sub tegumentele alt fel nemodificate vizual și palpator. La palpare tumora nu este aderentă la piele, aderă însă în profunzime la mușchi.

În centrul ei se constată o fluctuență limitată, iar restul tumorei are o consistență dură, fibroasă, până la marginea tecii dreptilor.

Bolnavul declară că a observat apariția acestei tumefacții de 4 luni și că ea a crescut progresiv fără să-l jeneze.

La data de 10 aprilie 1932 este operat pentru parotidită. Febra scade brusc. După câteva zile îi facem o puncție în tumora subombilicală prin care extragem puroi. Cu diagnosticul de flegmon subombilical practicăm o incizie mediană de 5 cm. interesând pielea, grăsimea subcutanată și linia albă. La un moment dat izbucnește un val de puroi de cca 150 ml. În profunzime golim o cavitate cu un diametru de 7-8 cm., pe care o drenăm cu un tub de cauciuc. Mersul postoperator lent, dar până la urmă obținem o vindecare completă. Postoperator i-am aplicat insulino-terapie. Examenul citobacteriologic: frecvente leucocite polinucleare alterate, stafilococi, streptococi și un bacil gros, cu extremitățile rotunjite, Gram negativ.

Cazul 2. Bolnavul L.N., de 32 de ani, muncitor, se internează în serviciul nostru în luna iunie 1932 pentru o tumoră subombilicală.

Antecedente: uzează de alcool. Reacția Wassermann negativă.

Istoricul maladiei începe cu 15 zile în urmă cu dureri vagi în întreg abdomenul, localizate în ultimele zile sub ombilic. Durerile apar acum după fiecare contracție a peretelui abdominal, deci la orice mișcare, efort sau palpare, care interesează mușchii abdomenului. În ziua de 9 iunie 1932 afirmă prezența unei picături de puroi prin ombilic.

Starea prezentă nu ne relevă nimic deosebit examenul pe aparate și sisteme. Bolnavul este afebril.

Examenul local arată în regiunea subombilicală prezența unei tumori de mărimea unei mandarine, care nu depășește în sus regiunea ombilicală. La palpare tegumentele sunt mobile, fără căldură locală crescută, dar cu aderențe în profunzime. Tumora este indolentă și de consistență crescută. Leucograma arată leucocitoză de 9200.

Puncția este pozitivă pentru puroi. Examenul citobacteriologic arată frecvente leucocite și stafilococi. În culturi pe geloză cresc stafilococi (Baroncea) iar însămânțările din urină pe mediul Drigalsky au rămas negative.

Punem diagnosticul de flegmon Heurteaux și intervenim operator. Incizie mediană subombilicală de 6 cm. Sub linia albă cădem într-o cavitate de unde se evacuează cca 20-30 ml. puroi. Tub de dren. Evoluție simplă. Pleacă vindecat chirurgical.

Considerăm că cele două cazuri sunt importante atât patogenic, cât și clinic. În primul caz sursa infecției pare a fi fost infecția urinară secundară stricturii uretrale. Infecția este posibil că s-a propagat pe cale limfatică până la ganglionul subombilical unde a dat un adevărat adenoflegmon. În al doilea caz infecția a pornit de la ombilic.

Trebuie menționat debutul, care în ambele cazuri a

realizat perioada I-a descrisă de Guinard, manifestată prin turburări viscerale necaracteristice asociate la început cu o senzație vagă de durere localizată sub-ombilical, după care a apărut tumora cu care bolnavii s-au internat în serviciul nostru. Tratamentul chirurgical a dus la vindecări complete. Am revăzut primul bolnav după câteva luni și am constatat o ușoară indurație la nivelul cicatricei operatorii.

Comentariu la articolul

Flegmoanele lui Heurteaux

I. Făgărășanu, N. Covali

Revista de Chirurgie 1934;1-2/37:76-84

Ion Făgărășanu - la acea dată în vârstă de 34 de ani - împreună cu Covali fac o prezentare anatomo-chirurgicală a unor afecțiuni destul de des întâlnite în practica zilnică: supurațiile sub-ombilicale. Suntem de acord cu aa. că cheia înțelegerii sediului și modului de apariție al acestor supurații este dată de anatomia regiunii. I. Făgărășanu care și-a făcut teza de doctorat studiind anatomia spațiului prevezical ne descrie această formațiune anatomică cu lux de amănunte. Coroborarea datelor de disecție, cu analizele CT și echo ne arată astăzi că în fața peritoneului parietal anterior se continuă până la ombilic spațiul perivezical, care conține uraca și cordoanele fibroase ale arterelor ombilicale având ca limită anterioară fascia ombilico-prevezicală, iar anterior de această fascie se delimitează spațiul prevezical, mărginit anterior de fascia transversalis și de foița posterioară a tecii dreptilor (1). Spațiul prevezical este limitat inferior de ligamentele pubovezicale, iar porțiunea retropubiană a lui este spațiul lui Retzius. Am făcut aceste precizări fiindcă la documentata etiopatogenie a flegmoanelor Heurteaux prezentată de aa. trebuie să se includă și abcesele de uracă, care ar fi putut fi puse în discuție la ambele cazuri, dar mai ales la al doilea, la care pacientul a descris o secreție purulentă prin ombilic. Nici chiar astăzi cu mijloacele moderne de diagnostic pe care le avem la îndemână nu se poate diferenția un chist de uracă abcedat de o supurație a spațiului prevezical localizată sub-ombilical (7). Însă dacă abcesul este pornit de la un chist de uracă, există o serie de precizări care trebuiesc cunoscute întrucât simpla incizie cu drenaj nu mai sunt suficiente.

Chistul de uracă reprezintă cea mai frecventă anomalie a canalului alantoidian cu o frecvență de 1/5000 de autopsii (Goldman) și care în 23% din cazuri se infectează (6). Formele la care singurul simptom este tumefacția (9), neînsoțită de

semnele inflamatorii clasice pot fi luate drept tumori (2). S-a descris chiar abces rece tbc dezvoltat în chist de uracă (4). Oricum incizia și drenajul abcesului nu mai sunt considerate astăzi ca suficiente, fiindcă abcesul de uracă recidivează în 31% din cazuri și se poate chiar maligniza (3). De aceea se indică operația în doi timpi: incizie-drenaj într-un prim timp, apoi extirparea în întregime a pereților chistului cu sau fără timp vezical în funcție de explorarea imagistică și cistoscopică a vezicii urinare (8).

Bibliografie

1. Auh ZH, Rubenstein WA, Schneider M. Extraperitoneal paravesical spaces: CT delineation with US correlation. *Radiology* 1986;159:319-28.
2. Baldassare E, Lillaz B, Vittoria I, Pierini P. Asymptomatic chronic urachal abscess mimicking a bladder tumor. *Arch Ital Urol Androl.* 2009;4/81:251-2.
3. Blichet-Toft M, Nielsen OV. A congenital patent urachus and acquired variants. *Acta Chir Scand.* 1971;137:807-14.
4. Fujimoto K, Samma S, Akiyama T, Tanaka N, Hirayama A, Nakayama A. Urachal tuberculosis. *Int J Urol* 2000;7/7:274-6.
5. Goldman IL, Caldamone AA, Gauderer M, Hampel N, Wesselhoeft CW, Elder JS. Infected urachal cyst: a review of 10 cases. *J Urol.* 1988;140:375-8.
6. Herman TE, Shackelford GD. Pyourachus: CT manifestations. *J Comput Assist Tomogr.* 1995;19:440-3.
7. Khati W, Enquist E, Javitt M. Imaging of the umbilicus and periumbilical region. *Radiographics.* 1998;18:413-31.
8. Lees VC, Doyle PT. Urachal cyst presenting with abscess formation. *J Roy Soc Med.* 1991;84:367-8.
9. Tiau J, Ma JH, Li CL, Xiao ZD. Urachal mass in adults: clinical analysis of 33 cases. *Zhonghua Y Xue Za Zhi* 2008; 12/88:820-2.