

## *Hernia umbilical através do canal de Richet*

Comunicação feita pelo académico  
Edmundo Vasconcellos á Sociedade  
Arnaldo Vieira de Carvalho.

VEM a presente nota chamar a attenção daquelles que se dedicam á cirurgia para uma variedade de hernia, geralmente descuidada e mesmo negada por certos autores. Trata-se da possibilidade de formação de hernias através do canal umbilical de Richet.

Na extensa bibliographia compulsada nada encontramos referente á questão e nos tratados classicos apenas vagas e imprecisas indicações existem.

Pelo exposto e pela importancia que lhe dá o prof. Sergio Meira, fomos levado a vir aqui registrar um caso por nós observado, na clinica do nosso mestre prof. B. Montenegro. Faremos ligeiras referencias á formação anatomica que nos occupa, bem como ao diagnostico e tratamento da hernia umbilical.

*Hernia umbilical* é o tumor formado pela sahida de orgão ou orgãos contidos na cavidade abdominal, através do orificio umbilical, quer esse orificio seja normalmente aberto, como no embryão, quer elle esteja já obliterado ou pathologicamente destruido após o nascimento.

Dahi a divisão em hernias *I congenitas* e *II adquiridas*. Sendo que chamamos de congenitas apenas aquellas que têm para favorecelas uma predisposição de origem congenita, chamando de *embryogenicas* e *fetaes* aquellas que se dão no periodo intra - uterino. A I classe não nos interessa no momento.

Veamos as *adquiridas*. Podemos dividi-las em a) *da primeira infancia* e b) *do adulto*.

Estudaremos apenas as do adulto. Estas podem 1) ser *directas*, quando se fazem atravez de um orificio, que apresenta pois apenas uma dimensão, o diametro, 2) *indirectas*, quando se processam atravez um canal, isto é, um trajecto apresentando tres dimensões. Nesse simples detalhes de geometria rudimentar está a base da classificação. Devemos dizer que a hernia directa é sempre um hernia de fraqueza; a hernia indirecta é sempre uma hernia de força.

Alguns auctores como Pieron e Michel negam systematicamente as indirectas; enquanto que Vidal, Bricht, Sachs, Kocher, Dechne, descrevem um verdadeiro trajecto. Jaboulay (1) dá-nos uma observação de hernia indirecta, com descripção do canal, em um jovem de 16 annos.

*Anatomia* — Vamos estudar summariamente o *annel* e a *fascia*.

O *annel* é o antigo orificio vascular retrahido e preenchido pelas inserções dos cordões vasculares.

Dada a presença de fibras arciformes proprias a primitiva forma quadrilatera é modificada e assim podemo-lo encontrar punctiforme, triangular como o descreveram Robin e Bonamy, ou transversal medindo 2 a 3 mm. Quando circular mede 6 a 8 mm. Dada a presença das fibras proprias e pela inserção dos cordões inferiores pode-se apresentar com a forma de guelo de fogo descripta por Blandin. O orificio tem uma bola de gordura e é por ahí que se faz a hernia directa. Na periphéria do *annel* inserem-se, em cima, a veia umbilical; em baixo, o uraco e as duas arterias umbilicaes, que se reúnem formando um cordão unico chamado cordão commum.

A veia umbilical, tornada ligamento redondo do figado, bifurca-se em dois feixes que se vêm inserir nos bordos lateraes do *annel*.

Outras vezes forma-se um nodulo conjunctivo donde partem os quatro cordões, sendo que o orificio fica situado abaixo desse nodulo. Veremos a importancia dessa forma na occasião do diagnostico.

*Fascia umbilicalis* — Descripta por Richet em 1856 (2) e depois muito bem estudada e descripta por Sachs (3) em 1887

“E’ uma faixa fibrosa que se estende de um lado a outro da linha branca e contra a qual ella applica a veia umbilical” (Nicollas).

Richet descrevendo-a assim se exprime: “O peritonio que envolve a veia umbilical é, desde o *annel* até 3 a 4. cm. acima dessa abertura, forrado por uma lamina esbranquiçada, de fibras dirigidas transversalmente e cortando em angulo recto a direcção da veia. As fibras podem ser seguidas até os bordos dos musculos rectos, onde ellas se confundem com o folheto posterior da bainha. Destinada a proteger a entrada da veia umbilical no *annel*, ella reforça pela sua presença a parte superior desse orificio que é desprovida de adherencias solidas”

Entre a face anterior da *fascia* e a posterior da bainha dos rectos forma-se o *canal umbilical*.

Quanto á sua significação a *fascia* é um espessamento da *fascia transversalis*, e encontra-se na maior parte dos individuos.

Hugo Sachs depois de numerosas pesquisas diz que podemos reconhecer 3 disposições de *fascias*:

(1) — *Hernias* Col. Delbet et Dentú.

(2) — *Archivos*, 1856 Dezembro. Veja : Richet - *Anat. Med. Chir.* 1860.

(3) — *Die Fascia umbilicalis* - *Arch. Path. Anat.* 1887.

FIG. II

- A — Canal de Richet
- B — Fascia de Richet
- C — Trajecto do sacco herniario
- D — Ligamento falciforme e arteria umbilical obliterada
- E — Fundo do sacco herniario direito
- F — Arteria umbilical obliterada e muito atrophada
- G — Inserção da fascia
- H — Tecido celular pre-peritoneal

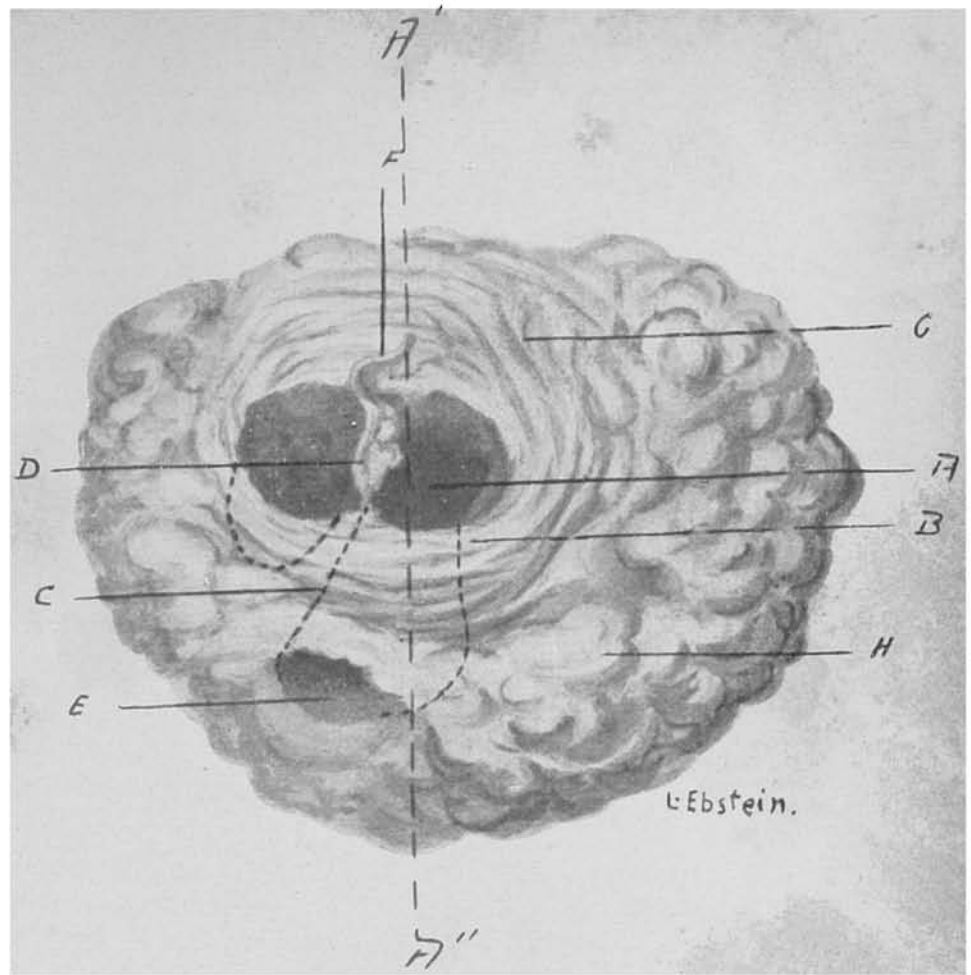


FIG. III

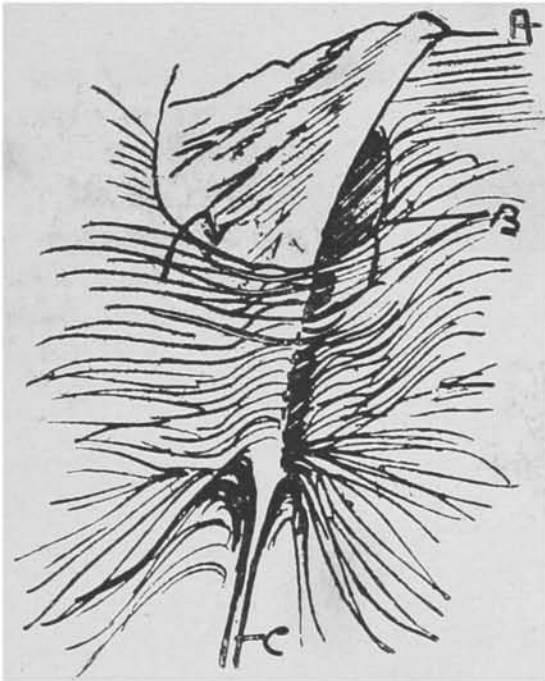
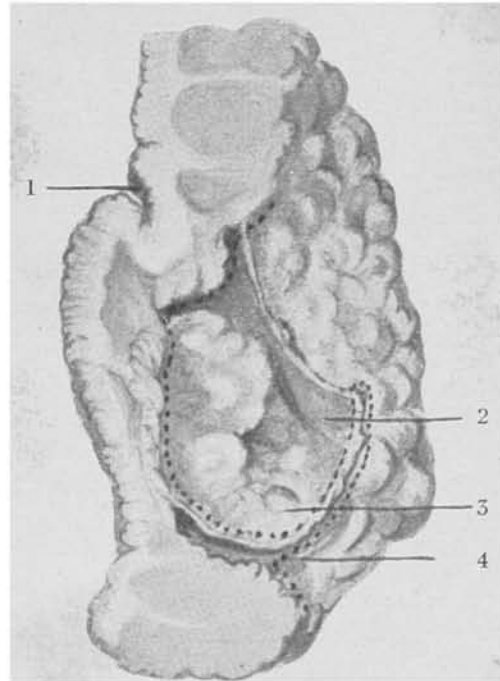


FIG. I — Fascia umbilicalis de Richet

- A — Ligamento redondo do figado
- B — Fascia umbilicalis
- C — Cordão commum

As flechas indicam a penetração da hernia.



Corte feito segundo A' A'' da FIG. II

- 1 — Umbigo
- 2 — Sacco herniario
- 3 — Epiploon
- 4 — Peritoneo, em pontilhado



I A fascia está situada muito acima ou muito abaixo do orificio; não protege e não concorre para a formação das hernias indirectas.

II A fascia cobre todo anel e adere nos quatro lados; protege impedindo a formação de hernias indirectas.

III O bordo superior ou inferior aflora o orificio umbilical e esse é o bordo livre; é a variedade propicia á formação de hernias indirectas pois só aqui ha formação de trajecto.

Sachs em 115 crianças encontrou esta ultima disposição 19 vezes. Hevadoux encontrou a fascia em 84 % dos casos e em 14 %, este ultimo typo.

Veja-se fig. 1.

OBSERVAÇÃO — A. P. Casada — Espanhola — 39 annos.

Dos seus antecedentes familiares e pessoas nada ha que nos possa interessar.

Molestia actual — Teve inicio ha 7 annos por occasião dum esforço violento. Nessa occasião tinha dois filhos sendo que o ultimo com 6 mezes.

Estava muito fraca e abatida. Conta que na occasião em que procurava levantar uma bacia cheia de roupa molhada, sentiu dor violenta na região umbilical, sentiu-se enfraquecer. A dor irradiava-se para o epigastro dando a sensação de forte agulhada.

Nas occasiões em que come de mais sente dor mais forte, ja tendo acontecido vomitar a refeição, sendo que isso melhora.

Teve nauseas, vomitos e muita dor de cabeça. Acamou por dois dias. Na mesma occasião notou que se tinha formado uma saliencia ao nivel do umbigo, comparavel a uma avelã.

Desde então as dores nunca cessaram, augmentavam com o esforço, sendo que havia vezes que precisava ficar deitada o dia todo.

O volume do tumor umbilical foi crescendo aos poucos, e como as dores persistissem resolveu procurar o Prof. B. Montenegro.

Exame physico — Trata-se de uma senhora de constituição robusta, paniculo adiposo bastante desenvolvido, revelando á inspecção do abdomen um tumor do tamanho de um ovo de pato, ao nivel do umbigo. Tumor solido, liso, maciço á percussão e não reductivel.

Interrogatorio sobre os diff. aparelhos: Tem frequentes dores de cabeça — Tem bom apetite e come bem. Ja vomitou como ficou dito. Intestinos funcionavam bem.

— Internada no Sanatorio de Santa Catharina, foi submettida á intervenção cirurgica procedida pelo Prof. B. Montenegro e por nós auxiliada, no dia 7-2-927. Obtendo alta curada em 17-2-927.

OPERAÇÃO: consistiu em incisão curvilinea e abraçando a porção superior da região umbilical, e numa extensão de 15 cent. no maior eixo, horizontal. Incisão inferior symetrica. Ambas attingindo pelle e tecido cellular sub-cutaneo. Descollamento do retalho. Isolamento do anel umbilical a bisturi e tesoura curva. Verificado ser uma her-



nia epigloica adherente ao fundo do sacco foi feita resecção dessa porção do epiploon. Exploração da parede em redor. Fechamento do peritonio a cat-gut n.º 2. Reconstituição da parede por planos com aproximação dos musculos rectos.

Capitonage da gordura. Na pelle foram collocados "aggrafes" e crina. — Cicatrização "per primam"

Anatomia pathologica: — Examinada a peça vimos tratar-se duma hernia indirecta pois bastante espessa e bem visivel apparecia a fascia de Richet. O canal umbilical dilatado apresentava ainda porções adherentes de epiploon. A hernia apresentava um duplo sacco como mostra a figura II, sendo separados pelo ligamento redondo e o peritonio que formava meso.

Fizemos um corte segundo AA', reproduzido na figura III mostrando perfeitamente a fascia, o canal e porções de epiploon.

CONSIDERAÇÕES — Quanto ao diagnostico de hernia indirecta, podia ser feito? Assim parece á primeira vista. O umbigo apresentava-se na parte superior do tumor e fortemente retrahido. Abaixo d'elle uma saliencia globosa. Poderiamos raciocinar que existindo de um lado a parede do outro a fascia o conteúdo herniario repellia a parede do ventre e o umbigo era retrahido pela uraca e as duas arterias; pois sabemos que nas hernias directas a cicatriz do umbigo desaparece progressivamente distendido, sendo que o vertice do tumor é o centro do umbigo. Vamos ver que no entanto pode-nos induzir a erro o facto ja assignalado dos quatro cordões partirem dum nucleo situado acima do orificio. Aqui compreende-se que o conteudo faz saliencia mas a cicatriz é repuxada pelos cordões inserindo-se no nodulo.

Um cuidado que é preciso ter uma vez o sacco reseado é a exploração minuciosa da parede, pois no caso de inserção baixa da fascia o sacco pode ser duplo, sendo que um constitue a hernia directa, emquanto que o outro se insinua no canal umbilical. O operador inadvertido puchando o primeiro sacco deixa no interior do abdomem uma hernia properitonal capaz de se estrangular e de difficil diagnostico.

Refere o Prof. Sergio Meira um caso desta natureza, no qual após a resecção do sacco da hernia umbilical o dedo introduzido na cavidade abdominal foi esbarrar num plano resistente fechado em baixo e contendo o epiploon no interior.

Nesses casos impõe-se o augmento da incisão e resecção do novo sacco.

— Quanto á technica cremos que dentre as innumeradas pela imaginação dos cirurgiões, a que mais raccional se apresenta e a que melhores resultados fornece, é aquella que procura sem artificios illusorios, reconstituir anatomicamente a parede em planos separados com aproximação dos musculos rectos. Sendo que a hernia aqui depende de formações anatomicas locais, e não de fraqueza geral da parede, uma vez essas formações retiradas, nada contra-indica o restabelecimento anatomico por planos.