

Université de Strasbourg - Faculté de Médecine de Strasbourg

1924

N° 15

# THÈSE

pour le Doctorat en médecine présentée

par

Madame Sylvie SCHICK-BERNHEIM

## CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES HERNIES DE TREITZ

PRÉSIDENT:

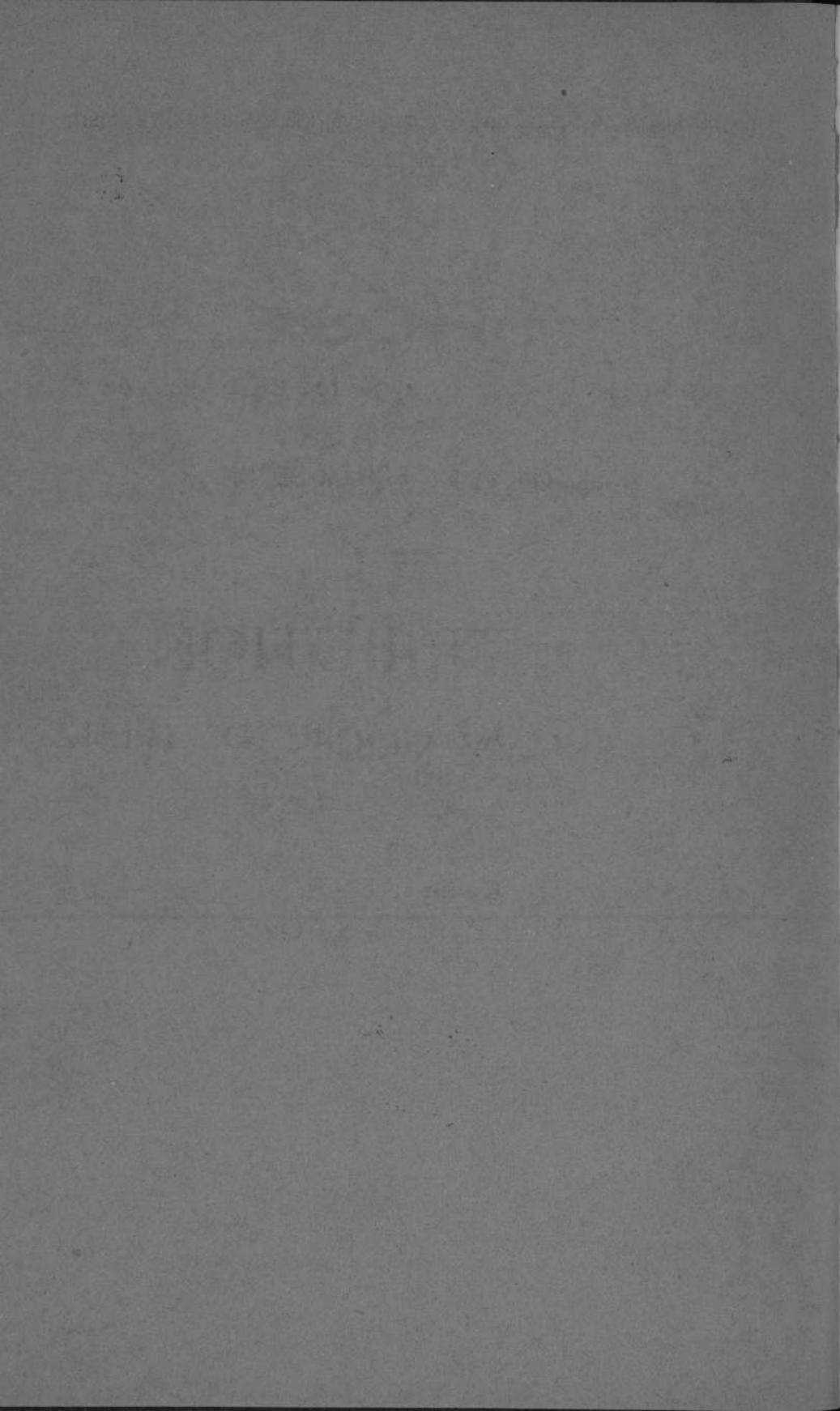
M<sup>r</sup> le Professeur STOLZ



STRASBOURG

Imprimerie Française, Ch. Schuler & L. Minck

1934



Université de Strasbourg - Faculté de Médecine de Strasbourg

Année 1924

N<sup>o</sup> 15

# THÈSE

pour le Doctorat en médecine présentée

par

**Madame Sylvie SCHICK-BERNHEIM**

## CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DES HERNIES DE TREITZ

PRÉSIDENT :

M<sup>r</sup> le Professeur **STOLZ**



STRASBOURG

Imprimerie Française, Ch. Schuler & L. Minck

1924

## FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

*Doyen* . . . . . MM. WEISS C. \* \* \* I.  
*Assesseur* . . . . . CHAVIGNY O. \* \* \* I.

### *Professeurs*

Embryologie . . . . .	MM. ANCEL * * * I.	
Anatomie . . . . .	FORSTER * * A.	
Histologie . . . . .	BOUIN O. * * * I.	
Physiologie . . . . .	N. . . . .	
Physique biologique . . . . .	WEISS C. * * * I.	
Chimie biologique . . . . .	NICLOUX * * * I.	
Anatomie pathologique . . . . .	MASSON * * * A.	
Pharmacologie et Médecine expérimentale . . . . .	AMBARD * * * A.	
Hygiène et Bactériologie . . . . .	BORREL C. * * * I.	
Médecine légale . . . . .	CHAVIGNY O. * * * I.	
Clinique médicale . . . . .	}	MERKLEN * * * I.
Clinique chirurgicale . . . . .		BLUM Léon * * * A.
Clinique ophtalmologique . . . . .	}	SENCERT O. * * * I.
Clinique dermatologique . . . . .		STOLZ * * * A.
Clinique psychiatrique . . . . .	DUVERGER * * A.	
Clinique neurologique . . . . .	PAUTRIER * * * A.	
Clinique oto-rhinolaryngologique . . . . .	PFRSDORFF * * A.	
Clinique gynécologique et accouchements . . . . .	BARRÉ * * * A.	
Clinique Infantile . . . . .	N. . . . .	SCHICKELE * * * A.
		ROHMER * A.

### *Charges de cours et Agrégés :*

MM. ARON Max * A.	MM. KELLER * A.
BELLOCQ * A.	LICKTEIG * * A.
BLUM Paul * * * I.	WEILL * A.
CANUYT	REEB * A.
GELMA * A.	HUMBERT
GÉRY * A.	SCHAEFFER * A.
BOEZ * A.	SCHWARTZ * A.
GUNSETT * * * A.	VAUCHER * A.
HANNS * * * A.	FONTÈS
HUGEL * A.	SIMON

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES HERNIES DE TREITZ

---

*A mon mari*

---

*A mon père et à ma mère*

---

*A mes amis*

*A mon*

*Président de Thèse*

*Monsieur le Professeur STOLZ*

*Directeur de Clinique chirurgicale*

*Officier de la Légion d'honneur*

## AVANT-PROPOS.

Dans le travail que nous nous sommes proposé de faire, nous tâcherons de préciser les données cliniques d'un sujet qui tout en étant rare a prêté à bien des erreurs de diagnostic. Si l'accord est loin d'être fait entre les cliniciens au sujet de la hernie interne dite de Treitz, c'est que les diverses expressions n'ont pas été employées par les différents auteurs dans le même sens et que les faits exposés ne l'ont pas été toujours avec une précision suffisante.

Après avoir esquissé à grands traits l'histoire des hernies internes rétropéritonéales, nous exposerons brièvement l'anatomie des fossettes péritonéales et nous montrerons leur rôle dans la pathologie chirurgicale : puis nous décrirons l'aspect clinique de cette hernie.

Nous verrons ensuite l'anatomie pathologique ayant rapport à notre question et étudierons le diagnostic différentiel, qui, lui, est d'une importance primordiale. Nous passerons enfin à nos observations personnelles pour terminer par quelques conclusions.

Mais avant d'aborder notre sujet nous avons un devoir à remplir auquel nous voudrions d'autant moins manquer que nous sommes heureux de trouver l'occasion de témoigner une fois de plus notre reconnaissance aux maîtres qui nous ont guidé dans notre travail et nous ont prodigué sans compter leur science et leur dévouement durant notre séjour dans les hôpitaux de Strasbourg. Qu'ils daignent recevoir l'expression de notre respect et de notre profonde gratitude.

Nous adressons tout particulièrement l'expression de notre vive et bien sincère reconnaissance à notre maître le professeur *Stolz*, Directeur de la Clinique Chirurgicale B qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et nous a permis de recueillir les observations qui feront l'objet de ce travail.

Nous n'aurons garde d'oublier en cette circonstance le Docteur *Keller* qui nous a fourni de si précieux renseignements et qui nous a accueilli avec la plus grande bienveillance. Toute notre reconnaissance est également acquise au Docteur *Sackenreiter* qui nous a cédé l'observation d'un de ses cas, au Docteur *R. Lévy* qui sut nous prêter l'appui de ses connaissances chirurgicales, au Docteur *Oberling* qui a bien voulu nous fournir les explications anatomopathologiques concernant nos cas.

Nous prions Monsieur le Professeur *Stolz* de croire à notre respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

*Contribution à l'Etude des Hernies de Treitz.*

I. HISTORIQUE.

Il n'y a pas fort longtemps que l'on s'occupe des hernies internes en général. En 1818 encore William Lawrence dit dans son traité des hernies en parlant des hernies internes et de leur étranglement :

« L'étranglement des intestins dans l'abdomen n'a pas de grande importance pratique car il n'y a aucune tumeur extérieure, aucune possibilité de découvrir la nature de la maladie avant la mort, ni d'apporter le moindre secours au malade. — J'ai vu plusieurs exemples de ce genre. Il se forme quelques fois des sacs dans le repli du péritoine qui sont formés de deux feuillettes comme le mésentère, le mésocolon iliaque et le ligament large de l'utérus. »

Telle est la conception, telles sont les idées que l'on se faisait à cette époque au sujet des hernies internes. Depuis divers auteurs ont essayé d'amener un peu plus de précision dans cette question mais ce ne fut qu'en 1857 que *Treitz* de Prague donna une description claire et assez nette des hernies internes rétropéritonéales, notamment de la hernie duodéno-jéjunale dite de *Treitz*.

Une fois cette première constatation faite différents autres travaux suivirent. Parmi les plus importants nous citerons celui de *Waldeyer* en 1868, d'*Eppinger* en 1870, de *Jonnesco* en 1890, et enfin celui de *Broesicke* en 1894. Cependant les publications de cas de hernie de *Treitz* ne devinrent jamais très nombreuses ; ce fait est dû en grande partie à ce que la hernie n'est le plus souvent diagnostiquée qu'à l'autopsie ou quand elle a donné lieu à une intervention chirurgicale.

## II. DÉFINITION.

En parcourant la littérature concernant les hernies internes et notamment la hernie de Treitz on s'aperçoit bientôt que les différents auteurs ne désignent pas la même chose par la même expression.

Pour parer à toute équivoque nous distinguerons avec *Broesicke* la hernie intraabdominale et la hernie rétro-péritonéale.

La hernie intraabdominale est une hernie dont l'ouverture se trouve dans la cavité abdominale et qui dans aucun cas ne peut en sortir. Les parois de l'abdomen ne sont jamais altérés par cette hernie.

La hernie rétro-péritonéale est une hernie dont le sac par son augmentation de volume pénètre dans le tissu rétro-péritonéal en décollant au fur et à mesure le péritoine pariétal de la paroi postérieure. Nous distinguerons trois formes de hernies rétro-péritonéales :

- les hernies duodéno-jéjunales ;
- les hernies péricœcales ;
- les hernies intersigmoïdiennes

Quelques auteurs tels que Jonnesco et *Broesicke* considèrent la hernie à travers l'hiatus de Winslow comme faisant partie des hernies susmentionnées. Or *Treitz* dans son temps déjà ne l'admettait pas comme hernie rétro-péritonéale proprement dite ; l'intestin ne glissant que par une fente ouverte, il n'y a pas formation d'un sac herniaire spécial. Nous nous rallierons à l'opinion de *Treitz* qui nous paraît la seule logique.

Ce sont les hernies duodéno-jéjunales qui quoiqu'assez rares se produisent le plus fréquemment, et ce sont elles qui feront le sujet de notre travail.

Passons d'abord en revue les questions anatomiques et physiologiques qui ont rapport à cette forme spéciale de hernie interne.

### III. CLASSIFICATION.

Treitz pour la première fois en 1857 nous donne une classification exacte des divers recessus pouvant donner naissance à des hernies rétropéritonéales. Il distingue

- 1<sup>o</sup> le recessus duodéno-jéjunal postérieur (veineux) ;
- 2<sup>o</sup> le recessus duodéno-jéjunal gauche (veineux) ;
- 3<sup>o</sup> le recessus duodéno-jéjunal supérieur ;
- 4<sup>o</sup> le recessus duodéno-jéjunal intermésocolique transverse ;
- 5<sup>o</sup> le recessus duodénomésocolique supérieur ;
- 6<sup>o</sup> le recessus duodénomésocolique inférieur ;
- 7<sup>o</sup> le recessus duodéno-parajéjunal ;
- 8<sup>o</sup> le recessus infraduodéal.

Nous étudierons par la suite l'anatomie de ces fossettes.

Jonnesco dans son mémoire de 1890 a repris cette classification, mais en la simplifiant beaucoup. Il ne distingue que :

- 1<sup>o</sup> la fossette duodénale inférieure ;
- 2<sup>o</sup> la fossette duodénale supérieure ;
- 3<sup>o</sup> la fossette duodéno-jéjunale ou mésocolique.

#### *Développement des fossettes duodénales.*

Pour bien étudier le développement et la disposition de la fossette duodéno-jéjunale, qui dans de rares cas peut se creuser dans deux directions différentes il est important de prendre comme objet des sujets jeunes. Car à ce moment il ne s'est pas encore produit ni adhérences ni altérations inflammatoires par péritonite chronique localisée ou généralisée. Des réactions pathologiques quelconques n'ont pas donné lieu à des soudures des feuillets péritonéaux qui transformeraient la fossette en sac clos pouvant se résorber sans laisser aucune trace du recessus préexistant.

Diverses théories ont été émises au sujet du développement du péritoine de la région duodénale. Nous ne ferons que les mentionner puisqu'aujourd'hui encore le dernier mot n'est pas dit à ce sujet.

La première théorie est celle de Treitz qui treize ans plus tard a été défendue par son élève *Eppinger*. C'est la théorie de la locomotion embryonnaire du tube digestif où le péritoine adhérent à l'intestin qui fait sa rotation, s'invagine et forme ainsi la fossette en question.

La théorie de Waldeyer ou théorie vasculaire s'oppose à la première. Cet auteur explique la formation de la fossette par l'existence de la veine mésentérique inférieure qui forme une corde entre la paroi abdominale postérieure et la veine porte.

Trèves de son côté croit à la continuation du mésoduodénum, formant un pli vertical sur la ligne médiane.

Toldt explique la formation par la réunion des plis duodénojéjunal et duodénomésocôlique, par les deux cornes, ainsi que nous le verrons encore.

Une dernière théorie enfin admet que les plis duodénaux sont des plis d'accolement soulevés par les adhérences du duodénum au péritoine adjacent. C'est cette théorie de l'accolement des plis qui actuellement est le plus universellement acceptée.

Cette question étant mise au point actuel, passons à la description anatomique de la région.

#### IV. ANATOMIE.

Le duodénum d'une longueur de 25 cm à 30 cm est situé du côté droit de la colonne vertébrale au niveau de la deuxième et troisième vertèbre lombaire.

Selon leur direction et leur situation nous distinguons au duodénum différentes parties. Il y a l'angle sous-hépatique, la portion descendante, la portion horizontale ou coudée, la partie ascendante et l'angle duodénojéjunal. Le duodénum n'est entouré de péritoine qu'à sa partie initiale ; tout le reste de son parcours n'est tapissé que sur la face antérieure. Le revêtement péritonéal appartenant à ces différentes parties, formera un certain nombre de fossettes, comme nous avons pu nous en rendre compte par la division proposée par Treitz. Quoique Eppinger n'admette pas l'existence d'une autre fossette ou hernie à part la vraie hernie de Treitz qui puisse se développer dans ces parages nous admettrons avec Jonnesco trois fossettes principales pouvant donner naissance à une hernie rétopéritonéale. Ces trois fossettes sont situées à gauche de la colonne vertébrale au niveau environ de la troisième vertèbre lombaire. L'ouverture est de grandeur variable ; le bord libre concave regardant à droite et en haut. Leur fond sur les parois postérieures de l'abdomen correspond : en haut au pancréas, en dehors au rein gauche et en dedans à l'aorte. Telle est la topographie générale de ces trois fossettes. Passons maintenant à leur constitution anatomique plus intime.

1) angle sous-hépatique ; 2) portion descendante ; 3) portion horizontale ou coudée (prévasculaire ou aortique) ; 4) portion ascendante ; 5) angle-duodénojéjunal (Jonnesco).

La fossette duodénale inférieure la plus fréquemment rencontrée est située à la partie initiale de la partie ascendante du duodénum. Son orifice est dirigé franchement en haut. Nous distinguons à son bord libre deux cornes différentes : la droite est formée par la face antérieure du duodénum, tandis que la corne gauche est constituée par le péritoine périrénal. Cette dernière forme aussi le bord libre du repli de l'ouverture de la fossette. La fossette s'enfonçant dans la profondeur dévie à droite dans la direction de la racine du mésentère. Le repli dont nous venons de parler

est avasculaire. Les vaisseaux : veine mésentérique inférieure et artère colique gauche formant par anastomose un véritable arc vasculaire se trouvant à gauche en bas, à un travers de doigt du repli.

La fossette duodénale supérieure plus rare que la précédente d'après les recherches de Jonnesco se trouverait logée à l'extrémité supérieure de la portion ascendante du duodénum. A l'inverse de la première son orifice regarde en bas. Les deux cornes formant son bord libre se constituent la gauche par le péritoine périrénal, la droite par la séreuse duodénale. Le sommet de l'excavation remonte en haut sur le feuillet inférieur du mésocolon transverse. La veine mésentérique inférieure dans ce cas là chemine dans le bord adhérent pariétal du repli.

La troisième fossette, la fossette duodéno-jéjunale ou mésocolique est limitée par deux replis péritonéaux. Ce sont les plis duodéno-mésocoliques gauches à concavité tournée en haut et constituée d'une part par un bord adhérent postérieur et mésocolique et un bord adhérent antérieur et intestinal —, d'autre part par le pli duodéno-mésocolique droit à disposition semblable au premier. Quant à la disposition des vaisseaux il y a deux variétés différentes à mentionner :

1° le cas où l'angle duodénojéjunal pénètre dans la racine du mésocolon accompagné de la veine mésentérique inférieure qui y est accolée :

2° le cas où l'angle duodénojéjunal et la veine mésentérique inférieure sont libres les deux. Cette dernière variété de fossettes peut aussi subir un dédoublement, dans quelques rares cas constatés par Jonnesco.

Le péritoine qui forme et tapisse ces fossettes se continue en haut avec le feuillet interne du mésocolon transverse, à gauche avec le feuillet interne ou droit du mésocolon descendant, et enfin en bas avec le feuillet supérieur du mésocolon pelvien.

## V. ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

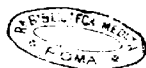
Au point de vue anatomopathologique nous connaissons deux variétés de hernies duodénales. La hernie duodénale gauche ou hernie de Treitz et la hernie duodénale droite qui est très rare et que nous ne ferons que citer dans notre travail. La hernie duodénale gauche est de beaucoup la plus fréquente. Le sac herniaire est formé par un dédoublement du péritoine dont la paroi antérieure est formée par le feuillet postérieur du mésocolon ascendant et le feuillet antérieur du péritoine pariétal postérieur, tandis que la paroi postérieure est constituée par le feuillet postérieur du péritoine pariétal postérieur. Les dimensions du sac dépendent de la résistance qu'opposent le tissu conjonctif rétropéritonéal et le péritoine lui-même. Selon les cas la poche peut prendre une extension énorme et venir buter contre le promontoire. Le sac peut s'étendre soit en haut soit en bas. C'est son accroissement latéral qui en fait une hernie gauche ou droite. Suivant le développement de volume on a distingué des hernies petite, moyenne et complète.

La petite hernie n'est qu'une légère excavation du péritoine pariétal qui par la suite se soulève peu à peu. La hernie est alors limitée en haut par le pancréas, en dedans par l'aorte et elle repose sur le rein gauche, les vaisseaux rénaux et le psoas.

La hernie moyenne se développe dans le méso de l'angle colique gauche et le méso transverse.

La hernie complète a son sac formé par tous les feuillets postérieurs des mésons. Elle peut atteindre le bord mésentérique gauche de l'angle colique gauche et du colon transverse qui adhère intimement au sac (Hérin). L'artère mésentérique inférieure nourricière du sac, gagne en volume avec la dimension du sac. Le développement en hernies petite, moyenne et grosse est lié à différentes causes parmi lesquelles nous citerons :

- 1° le degré de flaccidité du tissu rétropéritonéal et de la racine du mésentère qui unit les divers feuillets séreux ;



2° le degré d'extensibilité des différents feuillets séreux aux dépens desquels la hernie doit se développer (points de moindre résistance) :

3° le fait que le segment du côlon au-dessus du sac est sans méso de sorte que l'intestin hernié se trouve situé entre les deux mésos du segment intestinal précédent et du suivant.

Il arrive fréquemment, dit Treitz, que l'intestin grêle étant inclus dans le sac herniaire le côlon ascendant dont le méso est raccourci tapisse pour ainsi dire le sac extérieurement. Le sac lui-même est constitué par deux feuillets. Un feuillet propre et un feuillet formé par un soulèvement du feuillet pariétal tel que nous l'avons décrit. Ces deux feuillets sont intimement liés l'un à l'autre et subissent des altérations considérables dans des cas pathologiques tels que nous les rencontrerons au courant de notre étude ultérieure. A divers endroits notamment là où le sac adhère à un viscère le feuillet pariétal se confond avec le feuillet viscéral de l'organe. Il n'y a donc en somme que la paroi antérieure du sac, sa paroi libre qui se compose de deux feuillets complètement individualisés.

L'orifice du sac change de situation selon la dimension qu'a prise la hernie. Il se trouve d'habitude dans la région de la troisième vertèbre lombaire un peu plus bas que le pancréas (Jonnesco) et laisse généralement passer la première phalange du médius. D'après la grandeur du sac l'ouverture est à sa paroi antérieure, à sa paroi postérieure et en avant, à droite ou franchement postérieure tout près du coecum. La conformation est la suivante : les trois quarts de l'orifice sont formés par un bord antérieur libre de forme semi-lunaire et regardant à droite ; le reste est constitué par un bord adhérent à la paroi postérieure. Ce qui est d'une importance capitale ce sont les vaisseaux qui s'y trouvent et leur disposition réciproque, ainsi que leur disposition par rapport au repli péritonéal. La partie supérieure de l'orifice contient la veine mésentérique inférieure. Celle-ci accompagnée de l'artère cœlique gauche supérieure et s'anastomosant avec elle, forme la partie antérieure de l'orifice tandis que vers la partie inférieure ces deux vaisseaux se séparent du bord libre.

Selon l'avis d'Eppinger la veine mésentérique inférieure et l'artère cœlique gauche ne sont pas toujours dans le repli; aussi se peut-il que l'une des cornes, la supérieure ou l'inférieure manque. Le contenu du sac est invariablement formé par l'intestin grêle. Ce qui change seul c'est le nombre des anses qui s'y engagent; de là aussi les dimensions variant de celles d'une noix à celles d'une tête d'adulte. L'intestin grêle dans le sac ne subit guère de changement au point de vue topographique: il est des cas où toutes les anses intestinales forment une masse unique par péritonite localisée (cas de Morgagni). D'autres cas, tel que celui de Cloquet, de Rüpinger et un des nôtres, montrent une agglomération très intime des anses de la fin de l'intestin grêle, le tout contenu dans une enveloppe péritonéale commune.

## VI. PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

D'après ce que nous venons de voir il est évident que la hernie de Treitz prend naissance d'une fossette préexistante. Ce qui l'est moins et ce qui prête à discussion ce sont les deux points suivants : la hernie duodénale est-elle congénitale ou acquise ? Treitz, Borchard et d'autres la considèrent comme acquise, objectant qu'on ne la rencontre pas chez les nouveaux-nés et que chez eux l'intestin étant encore vide ne bute pas contre la fossette duodéno-jéjunale, mécanisme important pour la formation de la hernie. Par contre Landzert et quelques auteurs avec lui supposent qu'elle est d'origine congénitale ou du moins acquise dans les premiers temps de la vie extra-utérine, au moment où les formes définitives de viscères sont encore en voie de constitution.

Cette manière de voir trouve un appui dans un cas de Vogt et de Percy Paton qui trouvèrent une hernie duodénale chez un nourrisson de quelques semaines. Krauss aussi dit avoir rencontré un grand pourcentage de hernies de Treitz chez des enfants audessous de 7 ans. Mais ce petit nombre de cas ne peut pas résoudre la question et nous laisserons ce problème en suspens.

Le second point obscur est celui de savoir s'il existe comme Treitz et Eppinger le supposent une seule fossette, s'il y en a selon Gruber et Landzert deux, selon Jonnesco trois ou si Brösicke a raison en admettant qu'il y en a encore plus. Nous nous rangerons dans notre travail à l'avis de Jonnesco car il nous paraît correspondre le plus exactement à la réalité.

En ce qui concerne la question de la fréquence des cas dans les deux sexes nous ne pouvons y donner de réponse définitive. Un grand nombre d'auteurs admettent que les hernies se rencontrent plus fréquemment chez l'homme que chez la femme. De nos deux cas l'un est un homme, l'autre est une femme.

Les causes prédisposantes de ces hernies sont nombreuses. Treitz signale les suivantes :

- 1° Présence d'une fossette et d'un repli semi-lunaire dans le péritoine et atonie de ce dernier ;

- 2° Le fait très important que l'anneau vasculaire formé par la veine mésentérique inférieure et l'artère colique gauche se trouve dans le repli de l'ouverture même et le plus près possible de son bord libre :
- 3° Le fait que le jéjunum est complètement libre à sa sortie de la fossette et qu'il n'a aucune adhérence.

Ces trois conditions créent une «prédisposition» à la hernie rétropéritonéale.

Les causes déterminantes reconnues par le plus grand nombre des auteurs sont au nombre de quatre.

- 1° Une flaccidité anormale du péritoine et du tissu rétropéritonéal ;
- 2° Une augmentation considérable de la pression intra-abdominale ;
- 3° Une dilatation de l'intestin par des gaz et des matières et surtout une dilatation de l'estomac et de l'intestin duodénal ;
- 4° Un choc constant et régulier vers cette région par exemple des traumatismes professionnels.

Le peu de résistance qu'opposent le péritoine et le tissu rétropéritonéal étant dans certains cas une anomalie constitutionnelle, il peut alors exister en même temps une ou plusieurs hernies externes. Cette constatation est utile pour étayer dans ces cas le diagnostic d'une hernie rétropéritonéale.

Treitz et avec lui Cooper prétendent que c'est surtout l'intestin rempli de liquide qui provoquerait cette hernie ce qui cause son augmentation rapide. Il est d'usage de citer à ce propos son expérience célèbre, qu'il décrit de la façon suivante :

On libérera une grande partie de l'intestin grêle de son mésentère et on le placera sur une assiette à bords surélevés, de sorte que la plus grande partie de l'intestin vienne à se trouver hors de l'assiette sur la table. On fait pénétrer de l'eau dans le bout de l'intestin se trouvant dans le plat et on voit au fur et à mesure que l'intestin se remplit la partie étant sur la table se trouver ramenée et attirée vers l'assiette jusqu'à ce que le tout s'y soit ramassé.»

Une autre cause essentielle est réalisée quand l'anneau résistant de l'ouverture a un diamètre plus petit que celui de la fossette sur laquelle il s'ouvre. D'autres facteurs sont mentionnés par certains auteurs : chez les enfants —, par exemple —, la position horizontale, la nourriture liquide, les chocs répétés de l'emmailloftement (!), et les contractions violentes des muscles abdominaux quand ils crient.

Mais d'après le nombre de causes évoquées on devrait s'attendre à rencontrer beaucoup plus de cas de hernies rétropéritonéales, car beaucoup d'entre elles se trouvent fréquemment réalisées. Cependant il y a aussi bien des obstacles qui s'opposent à leur formation.

C'est ainsi que l'ouverture s'oriente vers la droite tandis que les anses intestinales tombent vers la gauche, de sorte que les hernies peuvent plus facilement se produire au moment de la grossesse où le paquet intestinal est déjeté vers les côtés latéraux. De plus l'ouverture ne contenant pas d'appareil musculaire propre est trop flasque et laisse ressortir les intestins qui peuvent s'y être engagés. Les hernies qui s'y produisent ne sont d'ailleurs qu'exceptionnellement dues à des anses intestinales qui s'y engagent nouvellement. De fait on ne trouve dans l'orifice herniaire jamais d'épiploon et la présence d'une seule anse dans cette ouverture démontre bien que les hernies qui s'y produisent sont dues à des troubles qui portent uniquement sur le tube duodénal. Aussi les incarcerations se produisent le plus souvent par coudure, quelques fois par le mécanisme de l'incarcération rétrograde et dans ces cas on trouve toujours trois anses dans l'orifice du sac herniaire.

On a souvent admis que le traumatisme pouvait intervenir dans la formation d'une hernie de Treitz. Cela nous paraît peu vraisemblable. Il se peut qu'une hernie rétropéritonéale jusque là latente provoque au moment d'une chute ou d'un choc ou d'un ébranlement quelconque, des symptômes morbides. Il peut y avoir en effet un firaillement des adhérences qui se seraient formées peu à peu dans le sac herniaire, soit par péritonite locale due à l'irritation locale, soit par péritonite inflammatoire généralisée.

### 1<sup>re</sup> OBSERVATION.

Le journalier W., âgé de 43 ans, vient à la clinique médicale B le 10 mai 1917. Il prétend avoir eu des troubles du côté de l'estomac depuis le 31 mars 1917. Avant il n'a présenté aucun trouble important de ses viscères. En 1906 blessé à la tête par suite d'une chute de pierre il est forcé de se faire éloigner à l'hôpital pendant 5 mois. A part cela on note encore une crise de rhumatisme articulaire et une amputation de l'avant-bras gauche à la suite d'un accident: aucun trouble ne peut être relevé que l'on puisse mettre en rapport avec les symptômes fonctionnels que le malade présente actuellement.

Le malade a diminué d'environ 40 kilos depuis l'automne dernier, mais il n'a pas présenté de troubles digestifs assez accusés pour que l'on puisse les incriminer comme cause de cet amaigrissement. Dans les derniers temps, il et vrai il a éprouvé une certaine gêne dans la marche et notamment une faiblesse des jambes très accusée.

Les troubles actuels du côté de l'estomac ont éclaté assez brusquement vers le 30 avril par des douleurs atroces dans le bas-ventre et de forts vomissements.

A notre examen en mai 1917 nous constatons que nous sommes en présence d'un homme de taille moyenne, de constitution médiocre et se trouvant dans un état de nutrition très réduit. Les masses musculaires sont relativement bien développées. Les ganglions de l'aîne sont un peu volumineux; un autre ganglion au niveau de la nuque a atteint la grosseur d'un haricot et est très bien palpable.

Les téguments sont bien colorés et présentent une légère teinte subictérique; les conjonctives sont un peu injectées de sang.

Le moignon du bras est en bon état; la cicatrice n'est ni adhérente ni douloureuse à la pression. Les muscles ne sont guère atrophiés.

Les reflexes crémastérien et abdominaux existent un peu faibles; les reflexes rotuliens sont négatifs.

Thorax bien mobile, sans voussure apparente. Les poumons ne présentent rien de notable ni à la percussion ni à la palpation.

Coeur: Choc de la pointe dans le 5<sup>e</sup> espace intercostal en dedans de la ligne mamelonnaire. Les bruits sont un peu sourds; il existe une accentuation du deuxième bruit aortique.

L'abdomen est retracté et présente à la palpation une contraction très nette des muscles abdominaux sans que l'on puisse cependant trouver une résistance anormale nettement localisée.

La rate est légèrement agrandie, mais non palpable.

Le malade vomit en grande quantité un liquide bilieux qui donne à l'analyse chimique la composition suivante:

HCl libre 15

Acidité totale 30

Acide lactique 0

Les urines contiennent de l'albumine et de l'indican; on y trouve après centrifugation à part de nombreux leucocytes des cylindres granuleux et hyalins. Dans les selles l'examen chimique révèle la présence de sang. L'analyse du sang montre l'absence de la réaction de Wassermann.

À la radioscopie on voit que le sommet gauche est nettement voilé, mais que le diaphragme est à hauteur égale des deux côtés.

L'étude du tube digestif par le transit baryté montre la présence d'un peu de liquide dans l'estomac et de beaucoup d'air dans l'intestin; notamment on aperçoit constamment une bulle d'air dans le duodénum. L'évacuation est assez lente puis qu'après 2 heures  $\frac{1}{4}$  il y a encore des restes notables dans l'estomac, la bulle d'air dans le duodénum restant d'ailleurs toujours visible.

Après un séjour d'une huitaine de jours, le 7 mai, le malade se crut suffisamment remis pour reprendre le travail et quitta le service.

Mais il revient quelque temps après, le 10 juillet, dans un état très sérieux. Jusqu'à la veille il s'était senti bien portant, lorsque brusquement dans la nuit du 9 au 10 juillet vers 2 heures du matin il fut pris brusquement d'une douleur extrêmement violente suivie de vomissements et de diarrhées.

Etant donné son état alarmant le malade est transféré d'urgence à la clinique chirurgicale avec le diagnostic de iléus.

L'opération pratiquée d'urgence par le docteur Sackentier permit de faire les constatations suivantes.

Incision médiane de l'apophyse xyphoïde à l'ombilic. Le foie est fortement refoulé vers le haut, l'estomac et le colon transverse se trouvent repoussés vers la cavité thoracique. On trouve une injection sanguine marquée de tout l'intestin grêle. Dans tout l'abdomen on tombe sur un liquide louche dû vraisemblablement à une réaction péritonéale.

On n'arrive pas à voir la partie terminale de l'estomac, le pylore, la première partie du duodénum et la vésicule biliaire parce qu'elles sont cachées par le rebord costal.

En relevant le colon transverse on aperçoit sous la racine du mésentère à sa partie la plus supérieure, une tumeur de la grosseur d'un poing. Le tissu péritonéal qui la recouvre est fortement oedématisé et forme sac; le bord supérieur de celui-ci s'étend loin dans l'hypochondre gauche et ne peut être atteint sans incision du sac.

L'état grave du malade contraindiquant une trop longue durée de l'opération il fallut s'abstenir de l'incision du sac. La ponction de la tumeur ramène un liquide fétide et hémorragique qui fait poser le diagnostic de pancréatite.

On réunit le revêtement séreux au péritoine pariétal des muscles abdominaux et ferme les autres étages successivement en laissant une fistule à l'extérieur.

Le 12/7/1917 la fistule donne issue à du liquide duodénal.

Le 15/7/1917 le malade diminue et s'affaiblit de plus en plus. Il semble bien s'agir d'une fistule intestinale haut située puisque peu de temps après l'ingestion d'aliments, on voit les matières sortir par la fistule.

Le 16/7/1917 on fait une deuxième fistule au niveau du jéjunum pour pouvoir nourrir le malade artificiellement.

Le 19/7/1917 le malade dépérit de plus en plus et succombe ce jour à 18 heures 15.

A l'autopsie on se trouve en présence d'une hernie de Treitz avec compression du duodénum par une anse jéjunale entrée dans le sac herniaire. Il existe en outre une péritonite généralisée.

Au poumon on trouve des foyers bronchopneumoniques surtout à droite, et une oblitération des cavités pleurales et cardiaque.

## 2<sup>e</sup> OBSERVATION.

La malade R., âgée de 16 ans, est envoyée le 16 septembre 1921 à la clinique gynécologique, pour les faits suivants:

Au mois de juillet 1921 elle eut subitement de fortes douleurs en forme de crampes dans le bas-ventre. En même temps elle présentait des nausées, des vomissements et un arrêt complet des gaz et des matières. Mais après 3 à 4 jours tout rentra de nouveau dans l'ordre. Le médecin consulté qui l'avait examiné au moment de sa crise avait trouvé une tumeur arrondie et de consistance élastique dans la région droite du bas-ventre. Après la crise cependant toute trace de tumeur avait disparue, quand subitement le 8 septembre une deuxième crise identique à la première se produisit. Cette crise datant de huit jours n'avait duré que 2 jours. Mais en présence des troubles identiques et en raison de la palpation le médecin traitant se crut en présence d'un kyste de l'ovaire avec torsion de son pédicule et l'avait envoyée en clinique pour confirmation de diagnostic et intervention éventuelle.

A l'examen d'admission on se trouve en présence d'une jeune fille bien développée et vigoureuse, dans un excellent état de nutrition.

L'examen des viscères ne révèle rien de particulier, notamment le coeur, le poumon et le corps thyroïde sont sans particularités; les urines ne contiennent ni sucre ni albumine; les reflexes sont normaux.

L'abdomen est bien dépressible. On tombe très vite sur une tumeur molle, kystique, très mobile, occupant la fosse iliaque droite et paraissant sortir du bassin. Cette tumeur atteint la grosseur de deux poings et elle est nettement sensible à la palpation.

L'examen gynécologique montre un col dans l'axe du vagin avec un orifice externe ponctiforme. L'utérus est de taille normale en antéflexion et mobile. L'ovaire gauche est palpable. La tumeur kystique à droite dont on sent difficilement le pôle inférieur à travers la paroi vaginale est

nettement séparée de l'utérus, très mobile et paraît communiquer avec l'utérus par un pédicule.

Le 17/9 21. Dans l'après-midi la petite malade ressent subitement de violentes douleurs dans le ventre et elle a quelques vomissements. Le pouls est petit et accéléré. La tumeur est sensible au palper, l'abdomen est très légèrement ballonné. On lui met des compresses chaudes et essaie de calmer les spasmes par de la belladonne.

Le 18/9 21. La malade semble remise; elle a ses règles qui ne sont pas trop douloureuses.

Comme d'après tous les symptômes on avait été amené à confirmer le diagnostic de kyste de l'ovaire on procède à l'opération le 26 septembre. (Opération par le docteur Keller).

Anesthésie rachidienne: Ecoulement très rapide de 25 cm de liquide céphalo-rachidien; injection de 0.05 gr de cocaïne pure. L'anesthésie consécutive est immédiate et totale. Un très léger état nauséux au début est rapidement coupé par une piqûre de caféine.

Laparotomie médiane sous-ombilicale (7 cm) rendue difficile par suite du siège très haut de la vessie, dont la paroi est légèrement entamée par un coup de bistouri. Le péritoine ouvert, la main introduite dans la cavité abdominale, palpe une tumeur de consistance molle et élastique, dont la calotte inférieure est nettement délimitable, sans rapport aucun avec les organes génitaux, qui se trouvent en parfait état. — Elargissement de l'incision à 4 cm au-dessus de l'ombilic. La situation suivante se présente:

Tumeur molle, grande comme deux poings, recouverte de péritoine épaissi, de couleur, par endroits, gris verdâtre, par d'autres de couleur normale, contenant un convoluto d'anses intestinales dont on observe le jeu péristaltique à travers le recouvrement péritonéal. Cette tumeur est reliée d'une part au caecum par une très courte anse d'iléon, d'autre part (à son extrémité gauche supérieure) à une anse grêle à parois épaisses (jejunum?) qui disparaît dans une fente vers le haut formée par un repli péritonéal à bords très nets (repli duodéno-jéjunal). Le tout est bien fixé à la paroi postérieure par une sorte de large méso, de sorte qu'un

isolement et une pédiculisation paraît présenter des difficultés insurmontables. On pose le diagnostic de hernie rétro-péritonéale avec signes d'ancien étranglement. Pour ne pas prolonger l'opération, il faut renoncer à examiner à fond le repli péritonéal.

On envisage la résection du paquet grêle se trouvant dans le sac herniaire. Cependant, après incision de ce dernier, au sommet de la tumeur, on constate des adhérences si intimes de l'intestin avec la paroi interne du sac, et des anses entre elles-mêmes, qu'il faut renoncer à toute tentative de résection du contenu herniaire. On referme l'incision péritonéale par un surjet au catgut et on se décide à exclure la partie intestinale intra-herniaire par une entéro-entéro-anastomose entre la branche afférente, qui se laisse assez facilement attirer au dehors de la fente péritonéale, et la branche efférente, toute proche du caecum. On pratique l'anastomose de façon typique, par suture à étages, à la soie fine.

Piqûre d'huile camphrée.

Reconstitution de la paroi abdominale par suture en quelques plans au catgut; en même temps suture de la paroi vésicale, blessée superficiellement, par deux points de catgut.

Serres fines; pansement.

Après l'opération le pouls s'accélère subitement. Une piqûre de caféine fait rentrer tout dans l'ordre. On donne du pantopon et du digipuratum. Cette même médication se continue jusqu'au 6, où tout rentre dans l'ordre.

Le soir, l'état général est satisfaisant; le pouls quoique encore accéléré est bien frappé. Les urines spontanées sont claires, sans traces de sang.

27.-IX. Le pouls qui le matin est à 120, assez petit, tombe le soir à 104, mieux frappé. Les gaz s'évacuent. Dans la soirée subitement forte agitation, mydriase légère, pas de céphalées, les réflexes sont normaux, les extrémités un peu froides. On administre du Pantopon.

28.-IX. La nuit a été bonne. Le matin l'état de la malade est satisfaisant. Le soir, la température est à 39.2. Le pouls à 130, très petit. La

malade est calme, se plaint de douleurs abdominales. L'abdomen est mou dans les parties supérieures, sensible vers en bas. Les gaz partent toujours.

- 29.-IX. Dans le courant de la journée débâcle intestinale: 3 fois de suite des selles abondantes. La malade se sent beaucoup mieux et n'a plus de douleurs. Pouls 120. Température 38.4
- 30.-IX. Chute de la température : pouls 72, bien frappé. Etat général excellent; selles spontanées.
- 2.-X. La température remonte à 37.4 le soir. Etat général cependant bon; selles s'évacuent normalement.
- 4.-X. La température est montée à 38. Etat général est assez bon. Pouls à 120. Malade se plaint de péristaltisme exagéré et douloureux. La paroi abdominale est assez tendue et l'on sent à travers la paroi une tuméfaction vaguement limitée. La malade vomit après les repas. Tous les jours des selles normales.
- 6.-X. Pas le changement. Les diarrhées ont cependant sensiblement diminuées de même que la douleur et la tension abdominale.
- 10.-X. La température descend. Amélioration de l'état général; plus de vomissements, pas de douleurs dans le ventre. Paroi souple; on ne palpe plus de tumeur aussi nette qu'au-paravant.
- 17.-X. Température normale; amélioration considérable de l'état général. Les selles sont spontanées, à l'exception d'un seul jour. Les douleurs péristaltiques dans le ventre et les vomissements ont disparu.
- 21.-X. Température normale. Hier la malade a vomi une fois. Le ventre est toujours mou et un peu ballonné.

- 25.-X. Se porte bien; pas de vomissements. Selles spontanées.
- 26.-X. La malade se lève.
- 29.-X. Selles régulières, spontanées. La malade supporte très bien la station debout.
- 31 -X. Sortie. Etat général assez bon; amaigrissement notable. Etat local: Abdomen relativement mou; on ne sent pas de tuméfaction nette au palper, mais tout l'abdomen donne l'impression d'un léger ballonnement.

La suture est parfaitement guérie.

Porte une ceinture. Est instruite sur les précautions à prendre quant à la diète.

La malade rentrée chez elle se sentit bien pendant à peu près deux mois; mais au fond elle n'a pas pu se remettre complètement. Elle a de temps en temps des vomissements, des douleurs dans le ventre et des oedèmes des jambes. Les douleurs dans la fosse iliaque droite sont plutôt vagues et surviennent immédiatement après les repas. Les vomissements alimentaires n'ont contenu du sang qu'une seule fois. Le ventre est dur, ballonné et on entend des gargouillements, du bruit de glou-glou. Malade est constipée. Fait important: la malade a perdu dix livres de son poids depuis le mois de janvier. Le médecin lui propose d'aller en observation à la clinique chirurgicale, en février 1923.

Etat général : mauvais état de nutrition. Température 37.0. Pouls 90. Peau et muqueuses pâles. Panicule adipeux non développé.

Abdomen: Augmenté de volume; pas sensible. Cicatrice de l'opération visible. Dans la région iliaque droite au-dessous et un peu au dessus de l'ombilic on voit se dessiner nettement des anses intestinales montrant un péristaltisme normal. Percussion un peu mate. On entend de temps en temps des gargouillements.

Le reste : s. p.

On passe la malade aux rayons. Résultat radiologique :

Estomac petit, de position très haute et plus à gauche que normalement, guère mobilisable. L'antra du pylore se remplit dès le début de l'ingestion, puis il se forme un spasme médian assez prononcé qui donne à l'estomac la

forme biloculaire, mais qui se détend lentement par la quantité ingérée de bouillie et transforme l'image stomacale en petite cornue à contours flous... — Le pylore est perméable. L'évacuation assez bonne, mais il existe tout de même encore des restes dans la région pylorique après 9 heures.

Pendant le trajet du sel opaque dans l'intestin grêle, on voit à la hauteur de la IV<sup>e</sup> vertèbre lombaire une ombre dense, dentelée.

La passage de l'intestin grêle est un peu ralenti (après 7 et 9 heures encore bien des masses dans les anses de l'intestin grêle); large ombre dans la région de la valvule de Bauhin.

Après 24 heures tout dans le colon descendant et le rectum.

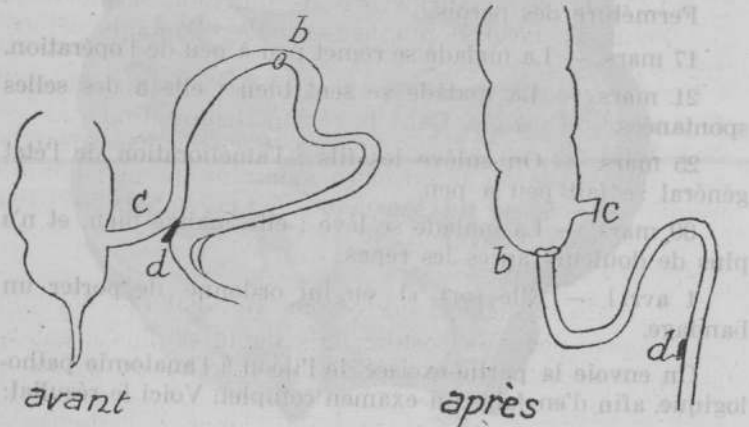
*Diagnostic :*

Adhérences stomacales (Périgastrite?)

Légère stase de l'intestin grêle (adhérences?)

Entéroanastomose visible (??)

Comme l'examen radiologique n'a pas montré d'arrêt de la bouillie, d'autre part la jeune fille continuant à dépérir, on songe à une tuberculose ; on conseille une laparotomie exploratrice, qui est cependant refusée pour le moment. La mère veut ramener l'enfant dans une quinzaine.



13 mars 1922. L'Etat général est stationnaire. On réadmet la malade pour intervention chirurgicale. L'opération fut faite par Monsieur le Professeur Stolz, le 16 mars sous anesthésie générale.

On fit une laparotomie sous et sus-ombicale, à côté de l'ancienne cicatrice. A l'ouverture on tombe immédiatement sur des adhérences très intimes et rigides des anses intestinales entre elles et avec le péritoine pariétal. Le débridement est très laborieux. Après isolement des anses on constate que l'entéro-entéroanastomose est située très près de la valvule de Bauhin et qu'elle est bien perméable. En outre l'anse de l'intestin grêle située au-dessus de l'anastomose est fortement dilatée sur une étendue de 20 cm environ et contient des masses ressemblant à des aliments qui ont longtemps séjourné dans l'intestin. Comme la partie de l'intestin grêle mise hors fonctions par l'anastomose est très grande et volumineuse, on commence à isoler le paquet et les anses elles-mêmes. On arrive avec peine à détacher les anses d'une membrane fort épaisse (sac de la hernie) qui les réunit. Arrivé à l'endroit (b) où commence la dilation de l'intestin grêle l'isolement devient impossible. On détache l'ancienne anastomose : fermeture de l'orifice dans l'anse afférente (d). Puis on enlève toute la partie dilatée de l'iléon. Fermeture en trois plans du reste de l'iléon près de la valvule iléo-coecale et implantation de l'iléon dans le coecum après appendicectomie. Pas de traces visibles de la tuberculose.

Fermeture des parois.

17 mars. — La malade se remet peu à peu de l'opération.

21 mars. — La malade se sent bien ; elle a des selles spontanées.

25 mars. — On enlève les fils ; l'amélioration de l'état général se fait peu à peu.

30 mars. — La malade se lève : elle mange bien, et n'a plus de douleurs après les repas.

1 avril — Elle sort et on lui ordonne de porter un bandage.

On envoie la partie excisée de l'iléon à l'anatomie pathologique, afin d'en faire un examen complet. Voici le résultat:



La pièce enlevée au cours de l'opération est oblongue, de forme vaguement cylindrique ; le diamètre longitudinal est de 25 cm, le diamètre transversal varie entre 7 et 8 cm. La surface est assez irrégulière, bosselée, recouverte de membranes fibreuses, ratifiées et disposées sans ordre précis. A la section on se rend aisément compte qu'il s'agit d'un sac herniaire. On aperçoit un convoluto d'anses intestinales conglomérées et intimement soudées les unes aux autres. Tantôt ces anses sont fixées et soudées avec la paroi du sac herniaire, tantôt elles sont séparées de la paroi par une fente ; c'est dans ces derniers endroits qu'on reconnaît nettement les deux revêtements péritonéaux : le péritoine viscéral recouvrant les anses et le péritoine pariétal recouvrant la face interne de la paroi. Ce revêtement péritonéal présente de nombreuses modifications : presque constamment il est épaissi, parfois même à tel point qu'il se sont formé des épaississements de consistance cartilagineuse, comme elles sont caractéristiques dans la péritonite plastique.

Au microscope on ne trouve pas de lésion de l'iléon. Dans l'appendice, inclus dans la sous-muqueuse un tubercule de tissus nécrosés, entouré de cellules géantes et incluses dans une capsule fibreuse, pourrait être un tubercule enkysté.

Nous avons pu faire revenir notre malade, afin de voir l'évolution ultérieure de notre opération. La jeune fille arriva à la clinique un an et demi après notre intervention.

Etat subjectif : Sa santé est excellente. La jeune fille depuis sa sortie de l'hôpital a augmentée de 20 kilos. Elle a très bonne mine et se sent tout à fait bien. Depuis plus d'un an elle a repris le travail chez un paysan et ne l'a jusqu'aujourd'hui plus interrompu d'une seule heure. Les selles sont très régulières, pas douloureuses du tout. La jeune fille n'a plus eu de vomissements ni de malaises quelconques. L'appétit est très bon ; elle supporte tous les aliments sans inconvénient.

A l'examen objectif on trouve : une jeune fille en bon état de nutrition. Les poumons, le thorax sont sans particularités. L'abdomen est souple dans toutes les parties. La cicatrice sous-ombilicale est bien guérie ; pas de hernie. Le tissu cicatriciel est bien mobile. Aucune douleur à la pression ni au niveau de la cicatrice ni ailleurs.

Afin de confirmer notre examen objectif et subjectif nous conseillons à la jeune fille de lui faire un transit. Elle accepte et le résultat radiologique est le suivant :

Avant l'ingestion du repas opaque l'examen radiologique du tube digestif ne montre aucune image anormale

Après remplissage à la bouillie barytée on note un estomac de configuration et de position normales avec une bonne tonicité. La petite et la grande courbure sont sans déformations. La grande courbure en état de contraction, une fine dentelure de ses contours. Dix minutes après l'ingestion du repas opaque on assiste à des contractions énergiques de l'estomac. Son contenu traverse sans arrêt le duodénum et montre un trajet duodénal normal. Le duodénum n'est pas dilaté, mais visible sur tout son trajet — Trois heures après l'ingestion du repas baryté, l'intestin grêle est rempli de bouillie ; on ne distingue rien de précis. — Six heures après l'ingestion de la bouillie le repas remplit la fin de l'intestin grêle, le cœcum et le côlon ascendant. La région iléo-coecale se trouve à sa place normale, dans la fosse iliaque droite. Elle montre un cul de sac coecal un peu grand ; cependant aucune image lacunaire. Il existe un léger degré de stase iléale. — 24 heures plus tard, l'intestin grêle et le gros intestin sont complètement vides ; plus de traces de baryte visibles.

Le résultat radiologique confirma donc nos examens, il correspond à l'état très satisfaisant de notre cliente.

## SYMPTOMES.

La hernie de Treitz simple, ne produit guère de symptômes ; elle n'est en général qu'une trouvaille d'autopsies. Pendant tout le cours de la vie elle ne s'est alors manifestée par aucun trouble, elle a passé inaperçue.

Si la hernie est *petite*, peu ou pas apparente du tout, elle ne se révèle que par ses *complications*, fait important pour toutes les espèces de hernies rétropéritonéales. Comme l'intestin grêle compris dans le sac, ne subit aucun changement au point de vue topographique, les troubles observés sont dûs à d'autres causes. Ainsi les *légères dyspepsies* constatées dans de pareils cas sont dues à un double feuillet péritonéal qui recouvre les anses intestinales. L'intestin, gêné dans son péristaltisme normal, irrité à certains endroits par de petites brides péritonéales, évacue plus difficilement son contenu, et il se constitue une constipation très opiniâtre avec douleurs plus ou moins fortes. Dans un pareil cas il faut songer à une hernie rétropéritonéale. Ce diagnostic de présomption se précise un peu dans le cas où il y a péritonite localisée, ou généralisée ce qui s'est vu dans divers cas (Hughes, Staudenmeyer, Strazewsky), s'il y a invasion simultanée de l'intestin. Les symptômes se produisant s'il y a *hernie de Treitz avec rupture du sac* ne sont pas *précis* ; les cas indiscutables de Merkel et Palla et ceux moins nets de Hesselbach et Narath, ne nous donnent aucune explication car ils ne sont que des trouvailles d'autopsie, les malades étant morts de maladies indépendantes de leur affection intestinale. On peut dire *qu'en pratique le diagnostic exact de la hernie simple est impossible*.

Il devient un peu plus aisé dans les cas où on rencontre des accès d'étranglement qui ont d'habitude le caractère d'une occlusion intestinale lente et, fait tout à fait remarquable, d'une occlusion se reproduisant *périodiquement*.

Le *début* est lent, insidieux. Une constipation tenace s'établit, il y a des accès de douleur peu intenses au début, et ce qui prime à ce moment là, c'est la tumeur, symptôme

bien net dans notre seconde observation. Le siège de la douleur et de la tumeur est d'abord ombilical ou périombilical. Peu à peu la tumeur se développe surtout vers le côté gauche. Outre la périodicité, symptôme essentiel, que nous retrouvons aussi dans nos deux cas nous avons l'image classique d'une *occlusion intestinale haute*.

La tumeur, sauf si elle contient des matières fécales, présente en général un fort tympanisme, tandis que les parties avoisinantes, comprimées donnent à la percussion un timbre simplement sonore. La tuméfaction épigastrique a des contours circonscrits nets, et peut présenter des mouvements péristaltiques. Sa consistance est très élastique, à voussure régulière. Jeanbreaux et Riche prétendent que la tumeur est indépendante du siège de l'occlusion. Cette affirmation nous paraît un peu risquée, dans nos deux observations la tuméfaction se trouvait toujours bien au niveau de l'occlusion. Les parties correspondantes au gros intestin sont déprimées et flasques : ce qui est particulier à bien des cas, c'est que la tumeur est variable dans sa forme et dans son volume. De là un symptôme qui pour Rüping, serait pour ainsi dire infaillible ; il dit avoir observé que *la tumeur augmente au moment de la constipation*, tandis qu'elle *diminue*, notamment après une évacuation abondante des matières fécales. C'est à notre avis un signe qui s'il existe peut être significatif, mais il ne faut pas oublier combien il est difficile dans ces cas de provoquer une évacuation tant soit peu importante. D'après Leichtenstein la délimitation de la tumeur d'avec les organes génitaux serait facile. Cependant des cas comme le nôtre où les malades furent opérés pour kyste de l'ovaire, et où l'on trouva une hernie rétropéritonéale, nous rendent plus réservés.

Comme nous venons de dire précédemment, la plupart des hernies de Treitz se révèlent par leurs complications qui sont en majeure partie des étranglements. Ces derniers se produisent rarement par strangulation. La couture au niveau du repli péritonéal est le mode le plus habituel des étranglements : en outre le côlon qui adhère fréquemment au sac, se trouve aplati et met obstacle au transit des gaz et des matières ; il s'y fait une irritation constante. Il en résulte un développement de petits néo-vaisseaux, de néo-membranes des parois et d'adhérences, surtout au niveau de la paroi antérieure, la paroi postérieure restant complète.

ment indemne, lisse et mince. Les *symptômes d'étranglement aigue* observés sont : la *coprostase* et les *signes d'iléus intermittent* avec des intervalles parfois complètement libres. Dans de *petites hernies* il n'y a qu'une *petite partie* épigastrique *tuméfiée*, tout le reste de l'abdomen est fortement déprimé. Les *vomissements* qui surviennent souvent sont surtout *bilieux*. La *douleur est adoucie par le décubitus latéral droit*. Plus la *hernie est petite plus les symptômes* mentionnés sont *graves, précoces* et présentent un pronostic fort sombre.

Un symptôme secondaire, qui selon divers auteurs, notamment Leichtenstein, Abéc. Moynihan, Strazewsky, jouerait un rôle par compression de la veine porte et par l'établissement d'une circulation collatérale, serait le *développement d'hémorroïdes*. C'est un symptôme qui pourrait dans des cas douteux, aider au diagnostic. Souvent il se trouve dans l'abdomen soit de l'ascite libre, soit de l'ascite enkystée. Ce liquide est sans doute provoqué par une compression des vaisseaux et par une irritation péritonéale. Nous trouvons aussi cité dans diverses observations une *diminution de la sécrétion urinaire*, voire même une anurie complète : ce phénomène et dû à notre avis à une compression des urètres par la tumeur.

## DIAGNOSTIC

-----

Dans le diagnostic de la hernie rétropéritonéale on n'a jusqu'à présent pas pu aller au de là de celui de l'étranglement interne. Si les conditions sont favorables on peut plus ou moins préciser l'endroit où se trouve l'obstacle, et si celui-ci se trouve au point classique de la hernie rétropéritonéale, on pourra y songer en premier lieu. Mais il nous semble être absolument impossible de faire un diagnostic différentiel entre un étranglement par brides et une hernie de Treitz. Ce n'est que l'intervention qui nous éclaire sur la nature exacte de l'étranglement.

En ce qui concerne le diagnostic de notre seconde observation il est intéressant à noter que l'on trouve dans la littérature deux autres cas où le diagnostic de kyste de l'ovaire fut posé, et où il s'agissait en réalité d'une hernie de Treitz. Un cas de Cloquet et un second de Rüping. Dans le dernier cas il s'agit comme dans notre deuxième observation, d'une jeune fille qui se plaignit d'une tumeur abdominale gauche. Or cette tumeur chez elle était survenue sans aucun symptôme : ni douleur, ni vomissement, ni nausée, ni constipation. A cause de cette tumeur la jeune fille fut admise à la clinique gynécologique. L'examen général ne révéla rien de pathologique, sauf une tumeur kystique de forme et de volume variable. Le diagnostic de kyste de l'ovaire paraissait confirmé. A la laparotomie on vit que cette tumeur était entourée de péritoine épaissi, qu'elle était bien mobile et indépendante des organes génitaux. On croyait même pouvoir y distinguer, par transparence, les anses de l'intestin grêle qui n'étaient pas visibles, ailleurs. D'après l'aspect et la situation des organes on fit le diagnostic de hernie de Treitz, et on referma l'abdomen, sans autre intervention quelconque. On constata après administration de lavements chlorurés sodiques une évacuation, et qu'à sa suite, la tumeur changeait de volume. Ce fait se reproduisit à chaque nouvelle évacuation. Cependant l'auteur ne nous dit pas ce qu'est devenue sa malade, ni l'évolution ultérieure de la tumeur.

## TRAITEMENT.

Le traitement de la hernie de Treitz est évidemment l'intervention chirurgicale; il s'impose là comme dans tout étranglement herniaire. Or, le traitement de choix est fort difficile à préciser. Dans notre premier cas le diagnostic n'avait pas été posé lors de la première admission du malade, les symptômes étant peu nets, on n'est pas intervenu. Et lors de sa seconde admission la péritonite était déjà constituée. C'est ce facteur sans doute qui a incité le chirurgien à faire une fistule procédée, qui en général ne peut donner aucune amélioration ni aucun résultat satisfaisant.

Notre second cas par contre nous a donné un succès parfait. Lors de la première intervention on pratiqua une entéro-anastomose simple, sans séclusion de la hernie. Les aliments dans ce cas pouvaient facilement pénétrer dans les anses agglomérées et ainsi, suivre leur ancien trajet. Par stagnation des matières il y eut irritation secondaire, brides péritonéales et de là des troubles continuels, incompatibles avec une alimentation normale. La seconde opération remédia à tous ces troubles. On débrida autant que possible les anses agglomérées, afin de ne pas être obligé d'enlever tout le convolus en un seul bloc. Le reste qui par aucun moyen ne put être isolé, fut enlevé complètement. La nouvelle bouche pratiquée dans le caecum devint dorénavant la seule voie d'accès pour le bol alimentaire. Il n'y eut donc plus ni stagnation, ni autre obstacle pouvant gêner la progression normale des aliments.

Quant au traitement des hernies dans les nombreux cas rencontrés dans la littérature, il ne mérite guère d'être étudié plus à fond, car la plupart des cas ont été suivis de mort.

### CONCLUSIONS.

---

La hernie rétro-péritonéale de Treitz ne se révèle qu'à l'état d'étranglement passager ou définitif.

Son diagnostic se confond avec celui de l'étranglement interne. Il faut y penser dans chaque cas d'étranglement interne qu'on peut localiser dans la région para-duodénale.

L'intervention chirurgicale a toujours été faite comme opération d'urgence. L'opération doit toujours être radicale quand l'état du malade le permet. Quand l'état général du malade s'y oppose une opération palliative, comme dans notre deuxième cas l'entéroanastomose, peut parer au danger immédiat. Elle devra toujours être suivie, quand le malade se sera remis, de l'opération radicale.

---

BIBLIOGRAPHIE.

- Abee Karl.* — Hernia duodenojejunalis (H. retroperit Treitzii), Marburg, 1903.
- Arnaud Jos.* — Essai sur la hernie périduodénale droite (Thèse de Lyon), 1903.
- Basset.* — Beitrag zur Lehre v. der Hernie Treitzii. — Centralblatt für Chirurgie.
- Bingel.* — Ueber Hernia retroper. duodenojj. Treitzii, Virchow Archiv, 1902.
- Borchard O.* — Hernia duodenojejunalis. — Centralblatt für Chirurgie, 1907.
- Brösicke.* — Ueber intraperitonelle Hernien. — Berlin, 1891.
- Corning.* — Topographische Anatomie, — Bergman Verlag, Wiesbaden.
- Da Cuna Lamas.* — Ueber paraduodenale Hernien, — A medicina cotemporanea. Portugal. Jg. 31. S. 403.
- Delagenière.* — Occlusion chronique du duodenum. — Revue de Chirurgie, 1903.
- Daniel Fr.* — Beitrag zur Lehre von den retroperit. Hernien, — Dissertation Bonn, 1904.
- Davis L.* — A case of strangulated retroperitoneal hernie of the small intestin into the para-dudenal fossa, — Boston med. a Surg. Journal, no. 8, 1914
- Eppinger.* — Hernia paraduodenalis. — Vierteljahrsschrift für die praktische Heilkunde, — Prag, 1870.
- Felten.* — Hernie retroper. Treitzii totalis acreta, — Archiv für klinische Chirurgie, — Berlin, 1909.
- Giessen.* — Mit Erfolg operierte Einklemmung einer Hernie Treitzii, — Dissertation Erlangen, 1908.
- Hassler.* — Ueber innere Hernien rechtsseitige Duodenalis.
- Heller.* — Ueber eine operative geheilte H. d. j. Treitzii, — Greifswald, 1909.

- Hérin.* — Des hernies internes rétro-périton. — Thèse Lille, 1898.
- Isbecke.* — Ueber eine ungewöhnliche Form innerer Hernie, — Halle, 1904.
- Jonesco.* — Hernies Internes retroperit., — Paris, Steinheil, 1899.
- Krauss.* — Ueber Hernia retroperiod. Treitzii, — Dissertation Erlangen, 1884.
- Knaggs.* — A case of inflammæa retroperiod. hernia (so called duodenal), — Britische medical journal, 1905.
- Kollmann.* — Ueber retroperiod. Hernien. — Dissertation, Leipzig, 1903.
- Lawrence.* — Traité des hernies. — Paris, 1818.
- Merkel.* — Ueber einen Fall von Treitz'scher Hernie mit Bruchsackberstung. — Münchener med. Wochenschrift, 1906.
- Müller O.* — Ueber seltene innere H. — Dissertation, München, 1913.
- Meyer A. W.* — A hitherto recognised agent in the formation of duodenojj. fossae, a recessus duodeno-suprema, — Journal anatomique et de physiologie, 1904.
- Moyewihen.* — The anatomy and surgery of the period. fossae, — British medical Journal. 1899.
- Mirrachi.* — Contribution à l'étude des fossettes et hernies periduodénales. — Thèse, Paris, 1917.
- Narrath.* — Verhandlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1903.
- Palla.* — Virchow Archiv, 1901.
- Poisson.* — Les fossettes périduodénales et leur rôle dans la pathologie de la rétopéria. — Thèse de Paris, 1895.
- Percy Paton.* — Right duodenal hernia. — British med. Journal, 1906.
- Peacock Th. B.* — London Journal of Medicine, 1849.
- Pybis F. C.* — A case of left duodenal hernia. — British medical Journal, 1914.
- Rüping.* — Ein Fall von Hernia Treitzii, eine Ovarialzyste vortäuschend. — Dissertation, Tübingen, 1895.

- Scholtz.* — Beitrag zur Diagnose der Tr. Hernie. — Graz. 1900.
- Schöppler.* — Ein Fall von Her. Treitzii. — Virchow Archiv CLXXXVII.
- Staudenmeyer.* — Duodenaljj. mit Erscheinungen von Darmverengung. — Diss. Stuttgart, 1886
- Strazewski.* — Journal hebdomadaire de médecine et d'hygiène, No. 43—45.
- Thiminer Kurt.* — Ueber retroperitoneale Hernien und ein Fall von doppelter Darmversch. infolge eines Ca. u. sekundär entstandenen Incarceration einer Hernia ileo-appendicularis. — München, 1899
- Treitz.* — Hernia retroperitonealis. — Prag. 1857.
- Vogt.* — Hernia duodenojj. beim Säugling. — Monatschrift für Geburtshilfe U. Gyneg., 1913.
- Vautrin.* — Revue de Chirurgie. — 27e année, fascicule I.
- Waldeyer.* — Hernia period. nebst Beitrag z. Anatomie des Peritoneums. — Breslau, 1868.



