

## UN CAS D'HERNIE ILÉALE TRANS-MÉSENTÉRIQUE ÉTRANGLÉE

par Corneliu Adameșteanu

**Revista de Chirurgie 1940;11-12:816-821**

*Comunicare la Societatea de Chirurgie din București 19.06.1940*

A la date d'aujourd'hui, on connaît 57 cas d'hernies trans-mésentériques étranglées, dont 5 cas sont roumains, à savoir: le cas de Danicico et Piret, le cas de Mircea Constantinesco, les cas de Iagnov et Timuș, et notre cas.

Dans la littérature, on trouve deux bons mémoires publiés dans notre pays et consacrés à cette question. Il s'agit de l'ouvrage de Mircea Constantinesco, publié dans le Zentralblatt für Chirurgie en 1937 et l'ouvrage de Iagnov et Timuș, publié dans le Journal de Chirurgie en date du mois d'août 1937, dans lequel ces deux derniers auteurs exposent une théorie pathogénique intéressante en ce qui concerne ces hernies.

J'ai eu aussi l'occasion d'opérer d'urgence un tel cas, et j'ai pu suivre la malade à distance. De l'étude de cette observation, il semble résulter que des crises répétées d'appendicite aiguë, survenues avant l'opération pour la hernie trans-mésentérique étranglée, pourraient jouer un rôle décisif dans la pathogénie de celle-ci.

Voici notre observation: il s'agit de la malade Marie V., âgée de 12 ans, amenée à l'hôpital le 2 juin 1939 pour des douleurs diffuses et violentes dans tout l'abdomen, des vomissements, un léger ballonnement, l'arrêt des matières et des gas.

Dans les antécédents de la malade, nous ne trouvons rien à signaler.

Historique. Un an auparavant, la patiente a ressenti, pour la première fois, des douleurs semblables, mais localisées dans la fosse iliaque droite. On lui a posé le diagnostic d'appendicite aiguë et on lui a fait garder le lit pendant dix jours, avec des vessies de glace sur l'abdomen, après quoi elle s'est

complètement remise. Ces mêmes douleurs ont réapparu, il y a de cela deux semaines, mais un peu atténuées. La malade a été examinée par le même médecin que la première fois, et celui-ci a conseillé à la famille de faire opérer l'enfant. On a appliqué une vessie de glace sur l'abdomen et, au bout de 48 h., les douleurs ont de nouveau disparu.

Dans la matinée du 2 juin 1939, la malade a accompagnée sa mère au marché, où cette dernière tient un commerce de légumes et, pendant qu'elle portait sur son dos un sac de légumes, elle a été prise brusquement d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite, qui l'a obligée de se coucher et de prendre l'attitude dite en „chien de fusil”. Elle a eu ensuite des vomissements alimentaires et a été transportée à l'hôpital au bout de 3 h.

État présent. La température à 37°, le pouls à 100, agitation et vomissement bilieux. Du point de vue objectif, l'examen de l'abdomen nous montre : une légère contracture généralisée, de l'hyperesthésie cutanée et du hoquet. Dans la fosse iliaque gauche, on sent une tumeur du volume de deux poings, irrégulière, présentant de la submatité à la percussion, pouvant être déplacée sur la ligne médiane et vers la fosse iliaque droite. Dans la fosse iliaque droite, défense musculaire marquée et des douleurs plus fortes. Le reste de l'examen général ne montre rien de particulier.

Après avoir remonté la malade, on procède, sous narcose à l'éther, environ 4 h. depuis le début de la crise, à une laparotomie sus- et sous-ombilicale de 14 cm. À l'ouverture du péritoine, on trouve dans la cavité péritonéale une petite quantité de liquide

séro-sanguinolent non fétide. On constate aussi une anse d'intestin grêle de longueur appréciable, de couleur noire, ballonnée, qu'on extériorise dans la plaie. Après l'avoir isolée à l'aide de champs, nous nous rendons compte, après un examen minutieux, qu'il s'agit d'une anse longue d'approximativement 1 m., en état de gangrène. Dans le mésentère, au milieu de l'anse, on constate une brèche ovalaire avec les diamètres de 10/5 cm., dont les bords ont l'aspect d'un anneau fibreux, que nous sentons au palper. Cette brèche est divisée en deux compartiments par une bride de l'épaisseur d'une allumette, allant d'un bord à l'autre de la brèche et située à une distance d'approximativement 1 cm. de l'extrémité postérieure de la brèche.

Le compartiment large permet d'introduire 4 doigts et il est libre. Le petit compartiment permet à peine d'introduire le pouce. Une anse longue d'environ 80 cm. a pénétré dans ce compartiment et elle s'est étranglée.

L'aspect gangréneux de l'anse nous oblige de pratiquer une résection d'intestin. A cette occasion, nous nous rendons compte que la brèche mésentérique se trouve à une distance d'environ 20 cm. de l'angle iléo-caecal, mesuré sur l'intestin.

On pratique donc une résection d'intestin grêle sur une longueur d'un mètre, rétablissant le transit par une anastomose termino-terminale. Dans le lumen intestinal, on trouve un ténia. On verse 3 fioles de sérum anti-péritonitique dans la plaie et on ferme complètement la paroi abdominale en trois plans.

L'évolution post-opératoire est normale. Le surlendemain, la malade a une selle normale; le 6-ème jour on enlève les agrafes et le 9-ème jour elle quitte l'hôpital, complètement guérie.

La pièce extirpée montre une anse d'intestin grêle d'une longueur d'un mètre avec le mésentère respectif. Dans le mésentère on trouve, à la palpation, des ganglions durs du volume d'une cerise. L'anneau fibreux qui borde la brèche touche le bord mésentérique de l'intestin et, dans la portion postérieure, le niveau de l'insertion du mésentère sur la

paroi postérieure. Le mésentère apparaît épaissi, mais le péritoine qui le recouvre est luisant. Dans la partie postérieure, on voit apparaître de fausses membranes, constituant la bride mentionnée, qui divise la brèche mésentérique. L'une de bord de la brèche, ainsi que la bride, ont été extirpés et on a pratiqué des examens microscopiques, qui ont montré, en conclusion, que la bride était formée de tissu fibreux jeune et que l'anneau fibreux qui bordait la brèche était formé de tissu fibreux adulte. On n'a pas trouvé de lésions inflammatoires spécifiques. Dans les ganglions extirpés, on a trouvé des lésions chroniques non spécifiques.

En décembre 1939, six mois après l'intervention d'urgence, la malade revient aux consultations de l'hôpital pour des douleurs dans la fosse iliaque droite et un point appendiculaire net. Elle déclare avoir eu une nouvelle crise douloureuse, pareille à celle qui avait précédé l'opération, mais plus atténuée. Cette fois-ci, la famille se décide à faire opérer l'enfant pour l'appendicite. Pour pouvoir contrôler l'ancienne anastomose, j'ai pratiqué une laparotomie médiane sous-ombilicale, en extirpant partiellement l'ancienne cicatrice. J'ai constaté à cette occasion qu'au niveau de la bouche d'anastomose, l'anse susjacente était légèrement dilatée. La bouche est parfaitement perméable et le mésentère est complètement cicatrisé par une cicatrice linéaire de couleur nacré. En palpant, nous découvrons dans l'épaisseur du mésentère les mêmes ganglions, mais d'un moindre volume, semble-t-il. Ce qui est intéressant, c'est le fait que le caecum est flottant et que l'appendice est fixé par des adhérences dans la fosse iliaque droite et au dessous de l'insertion du mésentère. Entre la pointe de l'appendice et l'extrémité de la cicatrice mésentérique, il n'y a qu'une distance de 2-3 mm. L'appendice est épaissi, congestionné, en particulier à sa pointe, et fixé par de fausses membranes à la paroi postérieure. On pratique une appendicectomie avec enfouissement du moignon et on ferme complètement la plaie en trois plans.

La malade a été revue pour la dernière fois en mai 1940, c'est à dire 6 mois après l'appendicectomie. Elle n'a plus eu des crises douloureuses et sa santé est florissante.

Ce cas soulève, dans le problème des hernies trans-mésentériques, la question de la pathogénie. Le confrère qui a examiné et traité la malade, à l'occasion des crises douloureuses qu'elle a présentées, est convaincu que ces crises étaient des crises d'appendicite et que, dans la première crise, il s'agissait d'une appendicite à plastron. Le fait que ces crises ont disparu après l'appendicectomie constitue un argument de plus pour soutenir ce diagnostic rétrospectif. De même, la présence de fausses membranes à la base de la brèche mésentérique, dont une formait une sorte de pont jeté sur la brèche, indique de façon certaine un processus inflammatoire à la base du mésentère. La position de l'appendice, contrôlé par une laparotomie médiane et trouvé en situation interne, fixé par son extrémité au dessous de la base d'insertion du mésentère dans la voisinage de la brèche, est aussi un argument à l'appui de l'origine inflammatoire de cette brèche. L'explication des crises douloureuses préopératoires dans la fosse iliaque droite, ne peut être trouvée qu'en admettant qu'il s'agissait des crises d'appendicite. Nous ne pouvons pas interpréter ces crises comme étant des hernies trans-mésentériques étranglées et réduites de manière spontanée, étant donné que de pareils accidents n'auraient pas été accompagnés de fièvre, et n'auraient pas eu une évolution de si longue durée, et, en général, il est difficile d'admettre qu'un étranglement interne peut se réduire spontanément. A notre avis, la brèche mésentérique a pris naissance, dans ce cas, à la suite de la résorption du processus inflammatoire appendiculaire, selon la théorie, dite inflammatoire, de King.

Dans leur travail mentionné plus haut, Iagnov et Timuş publient une critique concernant les théories pathogéniques émises sur les hernies trans-mésentériques. Les brèches mésentériques peuvent être

provoquées par des ruptures du mésentère, survenues à la suite de traumatismes abdominaux ou d'interventions chirurgicales sur l'abdomen. Il y a dans la littérature, des cas dans lesquels ce mécanisme de production de la brèche mésentérique a pu être vérifié. Ce qui caractérise les brèches mésentériques traumatiques, c'est l'irrégularité des bords, leur aspect cicatriciel et leur forme irrégulière. Notre cas ne peut certainement pas être expliqué par ce mécanisme.

Une seconde théorie pathogénique, nommée congénitale, formulée par Proutz, explique ces brèches du mésentère par une déficience de la fixation du mésentère sur le plan postérieure pendant le développement du tube digestif. Le mésentère n'aurait comme point fixe que l'angle duodéno-jéjunal, et le reste de son insertion se ferait ultérieurement, suivant le développement progressif de l'intestin. Ces brèches mésentériques prendraient naissance dans les troubles ou les anomalies du développement secondaire du mésentère. La théorie de Proutz a un caractère général, mais Iagnov et Timuş ne l'admettent pas, fondés sur les considérations embryologiques.

Iagnov et Timuş expliquent ces brèches par la formation d'un anneau fibreux et la résorption du mésentère compris dans l'aire de cet anneau. La constitution de l'anneau fibreux serait déterminé par des facteurs de traction et des facteurs de tension. Les facteurs de traction seraient représentés par le poids même de l'anse intestinale, et les facteurs de tension par la fixation anormale, basse, de l'anse duodénale et par la dilatation de cette anse. Par le changement de volume, dû au passage de contenu duodenal, il se produirait, dans l'atmosphère conjonctive du mésentère, une orientation du tissu conjonctif perpendiculaire sur la direction de l'anse jéjunale. Grâce à ces deux facteurs mécaniques, une arcade fibreuse serait créée, dans l'aire de laquelle se produirait la résorption du mésentère.

La dernière théorie pathogénique, nommée la théorie inflammatoire, a été soutenue par King. D'après cet auteur, les brèches

mésentériques prendraient naissance à la suite d'un processus inflammatoire, par la thrombose des vaisseaux mésentériques et la résorption du mésentère dans le domaine irrigué par les vaisseaux thrombosés. Cet auteur fonde sa théorie sur deux cas personnels, dans lesquels le processus inflammatoire déterminant a été l'appendicite. Nous classons notre cas à côté de ceux de King, en admettant que la brèche mésentérique a été provoquée par le processus inflammatoire appendiculaire. En tous cas, la thrombose vasculaire des vaisseaux nutritifs du mésentère est la clef pathogénique de ces brèches, ce fait étant démontré aussi par la forme des brèches qui, dans la majorité des cas, est ovale. Or, cet ovale, dont la grande base est du côté de l'intestin, n'est pas autre chose qu'un

triangle dont les angles distaux sont arrondis, et qui rappelle très bien la disposition en rayons des vaisseaux mésentériques.

Dans le cas de King, l'appendice, à pointe congestionnée, traversait la brèche qu'il s'était créée dans le mésentère. Notre cas n'est pas aussi typique, mais je crois cependant que les arguments cités nous permettent de les classer à côté du cas de King.

L'admirable théorie mécanique et congénitale créée par nos confrères Iagnov et Timuș n'est pas infirmée par ce cas. Elle peut trouver son application dans d'autres cas, mais nous croyons pouvoir affirmer qu'elle ne doit pas être généralisée. Les processus inflammatoires, en particulier appendiculaires, peuvent aussi provoquer des brèches mésentériques.



## **COMENTARIU LA ARTICOLUL UN CAS D'HERNIE ILÉALE TRANS-MÉSENTÉRIQUE ÉTRANGLÉE**

C. Adameșteanu - *Revista de Chirurgie* 1940; 11-12: 816-821.

N.M. Constantinescu

Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București

---

Correspondence to: Prof. Dr. N.M. Constantinescu  
Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București  
e-mail: nae\_constantinescu@yahoo.com

Primul caz de hernie trans-mezenterică a fost relatat de Rokitansky în 1836 cu ocazia unei autopsii [1]. Această formă rară de hernie internă are inelul de herniere înapoia anselor dilatate, iar cel puțin una din laturile acestuia conține o ramură principală a arterei mezenterice superioare [2]. Cele mai multe hernii au fost localizate la nivelul ariei avasculare Trèves, între trunchiul arterei ileo-ceco-colice și ultima ramură ileală a arterei mezenterice superioare [3]. Întrucât nu există sac de hernie, prin defectul

de 2-4 cm. poate trece o lungime apreciabilă de intestin subțire [4]. Orificiul de hernie poate fi congenital sau câștigat.

Hernia trans-mezenterică congenitală reprezintă 5-10% din herniile interne iar 30% dintre ele rămân asimptomatice toată viața [5]. Apariția defectului în continuitatea mezenterului a fost pusă pe seama unei turburări în regresiunea mezenterului dorsal, a unei creșteri prea rapide a unui segment de mezenter sau a compresiei mezenterului de către colon în timpul fazei de hernie

fiziologică pe care o suferă intestinul în dezvoltarea lui intraembrionară [(6). 10/11 copii cu hernie trans-mezenterică au și o anomalie intestinală cel mai adesea o atrezie intestinală - de aceea este necesar ca intraoperator să se cerceteze permeabilitatea intestinului [7]. La adult defectele de continuitate ale mezenterului pot fi congenitale sau câștigate, ca urmare a unor traumatisme închise sau postoperator. În ultimul timp a crescut incidența herniei transmezenterice după cura chirurgicală a obezității prin by pass gastric cu ansă Roux (0,2-9%) [8]. În caz de strangulare tratamentul acestei forme de hernie constă din reducerea herniei, rezecția±anastomoza segmentului devitalizat și închiderea defectului mesenteric cu protejarea ramurilor principale ale arterei mezenterice superioare [9].

Cazul publicat de Adameșteanu acum 72 de ani dovedește realele calități ale celui format în România la școala de la spitalul Brâncovenesc condusă pe rând de Ernest Juvara și de Iacob Iacobovici, apoi în Franța în serviciile lui Lenormant și Mathieu de la Paris și în Italia în serviciul lui Vittorio Putti de la Bologna. După ce a lucrat la Huși, Cornel Adameșteanu a condus 15 ani secția de chirurgie de la spitalul din Târgu Jiu pentru ca în 1959 să fie arestat și să moară în închisoare după un an, fără să fi fost judecat.

În ceea ce privește articolul pe care îl comentez merită de menționat modul cum a soluționat ocluzia prin rezecție de intestin subțire și anastomoză TT, într-o perioadă în care mulți chirurghi practicau mai ales în urgență anastomozele LL, apoi tactica adoptată la a doua intervenție la care a ales tot calea mediană pentru o intervenție de second look asociată apendicectomiei, amănunte care ne demonstrează cu prisosință calitățile de tactician, nu numai de tehnician ale lui Cornel Adameșteanu. Îmi permit și o observație: autorul nu ne descrie în protocolul primei intervenții dacă a controlat sau nu regiunea ceco-apendiculară și care era starea apendicelui. Cei cu experiență în chirurgia de urgență cunosc capcana numită “mirajul primei leziuni”, care îl poate face

pe chirurg să neglijeze controlul de rutină al întregii cavități peritoneale.

#### BIBLIOGRAFIE

1. Ming YC, Chao HC, Luo CC: Congenital mesenteric hernia causing intestinal obstruction in children. *Eur J Pediatr* 2007; 166: 1045-1047.
2. Constantinescu NM. *Anatomie chirurgicală și operatorie*. vol 3-Abdomenul, Ed. Acad. Oamenilor de Știință, București, 2012, p. 96.
3. Janin Y, Stone AM, Wise L. Mesenteric hernia. *Surg Gynecol Obstetr* 1980; 150: 747-754.
4. Malit M, Burjonrappa S: Congenital mesenteric hernia: description of a rare cause of distal intestinal obstruction in a neonate. *Int J Surg Case Rep* 2012; 3/3: 121-123.
5. Weber P, von Lingerke HJ, Olesczuk-Raschke K, Schleef J, Zimmer KP: Internal abdominal hernias in childhood. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1997; 25: 358-362.
6. Federschmidt F : Embryonal origin of lacunae in mesenteric tissue; the pathologic changes resulting therefore. *Deutsche Ztschr F Chir* 1920; 158: 205-211.
7. Murphy DA : Intestinal hernias in infancy and childhood. *Surgery* 1964; 55: 311-316.
8. Higa KD, Ho T, Boone KB: Internal hernias after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: incidence, treatment and prevention. *Obes Surg* 2003; 13: 350-359.
9. Fan HP, Yang AD, Chang YJ, Juan CW, Wu HP. Clinical spectrum of internal hernia: a surgical emergency. *Surg Today* 2008; 38: 899-904.