

est assez souvent conjuré, grâce aux adhérences qui ont eu le temps de se produire entre le feuillet péritonéal enflammé et les parties avoisinantes, ou, du moins, se trouve modifié en ce sens que la perforation ne se produit pas librement dans la cavité abdominale, mais bien dans un autre organe avec formation d'une fistule intestinale, intestino-vésicale etc. D'autre part la perforation, lorsqu'elle se fait dans les parois abdominales, a pour conséquence d'abord un « abcès stercoral », puis dans la suite une « fistule stercorale ». Cependant, le plus souvent, on n'a pas l'occasion d'observer cette succession de phénomènes parce que les malades succombent de bonne heure, au milieu de symptômes graves d'étranglement interne. La partie de l'intestin située au-dessous de l'endroit rétréci est vide, tandis qu'au-dessus, l'intestin se remplit de matières fécales et devient le siège d'une hyperémie.

§ 70. — Comme nous l'avons déjà fait remarquer, une grande partie des rétrécissements mécaniques de l'intestin dont il est ici question, se relie directement, au point de vue pathogénique, au mécanisme que nous aurons à étudier d'une façon spéciale à propos des hernies. Une anse intestinale s'engage par exemple à travers un orifice plus ou moins étroit; grâce à certains processus particuliers que nous apprendrons à connaître dans la suite, le cours des matières se trouve arrêté dans cette anse d'intestin, laquelle se gonfle et ne peut plus s'échapper. Dans nombre d'étranglements internes, l'orifice par lequel s'engage l'intestin est physiologiquement préformé, comme dans les véritables hernies. L'analogie peut même aller si loin, que l'anse intestinale est entourée d'un « sac herniaire » formé soit par un prolongement de la séreuse péritonéale dans une cavité située dans les parois de l'abdomen, soit par une poche du péritoine comprise entre d'autres organes de la cavité abdominale. Ces poches sont préformées et résultent d'une malformation congénitale du péritoine.

Nous devons mentionner ici brièvement au moins les principaux de ces diverticules ou poches du péritoine dus à des anomalies congénitales, à cause du rôle qu'ils sont appelés à jouer dans les étranglements internes.

L'arrière-cavité des épiploons (bursa omentalis) est limitée par l'estomac, le pancréas, le foie et la rate, et communique avec la grande cavité péritonéale par le trou de Winslow (situé entre les ligaments hépato-duodénal et duodéno-rénal). L'orifice de ce cul-de-sac normal du péritoine est habituellement recouvert par le côlon. Mais lorsque le côlon transverse se trouve situé plus bas, cet orifice devient libre et des portions d'intestin peuvent alors y pénétrer et s'y étrangler (ROKITANSKY, BLANDIN).

Le **cul-de-sac duodéno-jéjunal** peut donner lieu à une **hernie rétro-péritonéale** (TREITZ) ou **hernie mésogastrique interne** (GRUBER). Il se trouve situé au-devant des corps vertébraux, au niveau de la partie supérieure de l'insertion du mésentère, et forme un sac qui s'étend surtout en bas, par-

fois jusqu'au promontoire. Cette poche peut se dilater peu à peu, au point de loger l'intestin grêle tout entier. L'orifice du sac est disposé d'une façon variable. Le plus souvent il est formé par un repli du péritoine qui s'étend de la portion initiale du mésentère au jéjunum. Il existe souvent plus haut un repli analogue limitant un cul-de-sac qui regarde en bas; les deux replis forment alors ensemble un demi-anneau dont la partie la plus recourbée repose à droite sur le jéjunum. Ces replis se prolongent l'un et l'autre dans le péritoine pariétal au niveau des points d'attache du mésentère; d'autre part, l'artère colique gauche et la veine mésentérique inférieure qui se croisent dans cette région, peuvent également soulever le péritoine et former un repli qui vient s'ajouter au demi-anneau; l'orifice du sac prend ainsi la forme d'un anneau complet.

On possède déjà un certain nombre d'observations de hernies trouvées par hasard dans ce cul-de-sac (TREITZ, GRUBER, LANDZERT, PYE-SMITH), mais on ne connaît pas d'exemple d'étranglement de cette forme de hernie. SMITH se base sur des recherches anatomiques et sur l'observation d'un cas (RIDGE) pour arriver au diagnostic de l'étranglement. Le symptôme principal consisterait, suivant lui, dans le développement subit d'une tumeur siégeant dans la région de la fossette duodéno-jéjunale, c'est-à-dire à environ 6 centimètres au-dessus et à gauche de l'ombilic. Dans ce cas, à supposer que le diagnostic soit exact, comme la partie étranglée comprend presque toujours un segment élevé de l'intestin grêle, on n'a aucune chance d'obtenir la guérison autrement que par la laparotomie.

Le **cul-de-sac sous-cœcal** a été quelquefois le siège d'étranglements. Cette fossette se trouve située au côté interne du cœcum et le plus souvent elle présente un large orifice. Ce dernier est limité par un repli qui s'étend du promontoire au cœcum, sous forme d'un méso-cœcum (au point où le méso-cœcum se continue avec le mésentère de l'intestin grêle). La formation d'un sac herniaire à ce niveau n'est possible que sous certaines influences probablement pathologiques. On possède plusieurs observations de hernies sous-cœcales ou rétro-cœcales, et DUCHAUSSOY a décrit 3 cas de hernies étranglées dans cette région. KLEBS, de son côté, a rapporté l'histoire d'un malade chez lequel le bout inférieur de l'intestin grêle s'était engagé derrière le repli signalé plus haut, et était devenu le siège d'un étranglement. Ce dernier avait été probablement causé surtout par coudure de l'intestin; la mort en avait été la conséquence.

On devra donc songer à une hernie sous-cœcale lorsqu'on verra se développer subitement au côté interne du cœcum une tumeur s'étendant dans la direction du promontoire et accompagnée de symptômes d'étranglement.

Nous ne ferons que mentionner encore le cul-de-sac intersigmoïde qui se trouve situé à la face inférieure du mésocolon de l'S iliaque, ainsi que les poches qui se forment au niveau de l'échancrure sciatique. On observe aussi parfois dans les diverticules du péritoine situés sur les côtés de la vessie, des hernies internes qui probablement ont des relations avec les hernies inguinales internes. Enfin il peut arriver que le cul-de-sac recto-vésical subisse une sorte de rétrécissement grâce à un repli semi-lunaire du péritoine s'étendant de la paroi postérieure de la vessie vers le feuillet pariétal de la séreuse, dans la région de la symphyse sacro-iliaque. KLEBS le désigne sous le nom de re-

pli vésical postérieur, et il a observé un cas d'iléus qui provenait, au moins indirectement, de la pénétration de l'intestin dans le cul-de-sac en question; il en était résulté une coprostase par compression du rectum.

Un fait certain, toutefois, c'est que les hernies internes étranglées occupant les différentes poches que nous venons d'énumérer, ne constituent qu'une faible proportion des étranglements internes que l'on a l'occasion d'observer.

§ 71. On voit se produire, par contre, un peu plus souvent des étranglements au niveau de l'orifice du sac d'une **hernie diaphragmatique**. DUCHAUSSOY, sur 120 cas de hernies diaphragmatiques, en rapporte 18 qui se sont compliquées d'étranglement. Nous reviendrons dans une au-

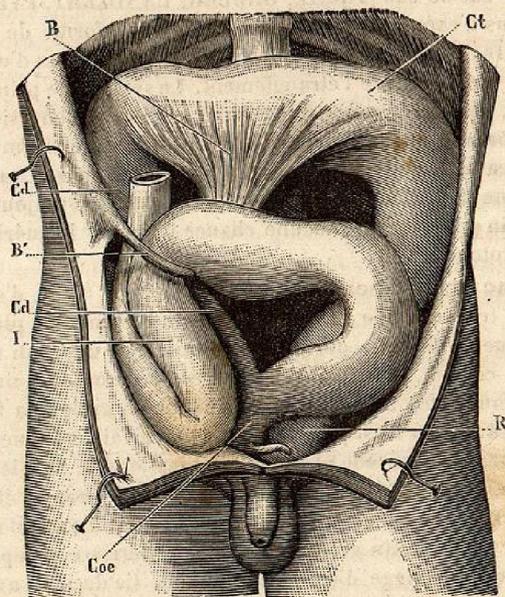


Fig. 24. — Etranglement de l'intestin par une bride épiploïque venant s'insérer sur la paroi antérieure de l'abdomen.

tre occasion sur la hernie diaphragmatique; nous ferons remarquer seulement qu'une partie de ces hernies font transition vers les formes d'étranglement interne dont nous allons nous occuper, en ce sens que nous avons affaire ici, non pas à des lacunes préformées qui se seraient dilatées pour former des poches tapissées par le péritoine, dans lesquelles pénètre l'intestin, mais bien à des pertes de substance anormales ou à des déchirures du diaphragme, à travers lesquelles l'intestin s'engage jusque dans la cavité thoracique, sans être revêtu d'un sac herniaire. Ces hernies offrent ainsi quelque analogie avec les autres formes d'occlusion intestinale dans lesquelles l'intestin se fraye un passage à tra-

vers une **ouverture anormale de l'épiploon ou du mésentère**, ouverture au niveau de laquelle se produit ensuite l'étranglement. Ces dernières formes ne sont pas non plus très fréquentes (environ 2 : 100 des cas). Il arrive bien plus souvent que des **adhérences anormales** d'origine inflammatoire deviennent la cause de symptômes d'iléus (environ 1/7 de tous les cas d'étranglement interne). C'est surtout l'épiploon qui a une tendance à former de longues brides lorsque, par exemple, à la suite de processus inflammatoires, il contracte des adhérences avec les organes du bassin (à l'état puerpéral), ou vient se fixer dans un sac herniaire dans le voisinage de l'orifice du sac. Une petite partie seulement de ces cas se relie aux formes d'occlusion décrites jusqu'ici, dans lesquelles l'agent d'étranglement affecte plus ou moins une forme annulaire; il en est ainsi, par exemple, lorsque les deux extrémités d'une bride viennent se fixer sur la même face du mésentère pour constituer avec ce dernier un anneau dans lequel s'engage l'intestin. Bien plus souvent, surtout s'il existe de larges adhérences, par exemple entre deux portions d'intestin, il se produit, dans certaines circonstances, une coudure et une torsion de ce dernier à l'endroit adhérent. Le cours des matières se trouve suspendu subitement ou peu à peu; dans le premier cas on voit aussitôt survenir les symptômes de l'étranglement interne.

Des brides s'enroulent parfois autour de l'intestin qu'elles compriment circulairement, et elles peuvent même former un véritable nœud.

Cette dernière forme d'étranglement interne nous amène enfin à parler de la constriction de l'intestin produite par **une anse ou un nœud** formés par d'autres portions du tube intestinal. Mais auparavant nous devons tout d'abord prendre en considération un autre phénomène qui accompagne ou précède la formation de l'anse ou du nœud constricteur, à savoir la **rotation de l'intestin suivant son axe** (volvulus) et la torsion qui en résulte au point correspondant.

§ 72. — Les **rotations suivant l'axe**, sans lesquelles il ne saurait être question de la formation de nœuds entre les intestins (KUTTNER), se produisent surtout au niveau de l'S iliaque et de la partie inférieure de l'iléon. Le fait que leur fréquence varie suivant les pays, doit être pris en considération. Évidemment on les observe avec une fréquence particulière en Russie (W. GRUBER, KUTTNER), et ce n'est pas sans raison que KUTTNER attribue cette particularité à la longueur plus grande de l'intestin grêle chez les Russes, conséquence probable de la nourriture végétale grossière de ses habitants. (L'intestin grêle des Allemands a une longueur moyenne de 17 à 19 pieds et celui des Russes une longueur de 20 à 27 pieds. GRUBER en a même trouvé un qui mesurait 56 pieds !)

Grâce à la longueur plus grande de l'intestin, les proportions entre ce dernier et le mésentère se trouvent altérées d'une façon essentielle. La largeur de