

la racine du mésentère a des limites bien déterminées comprises entre l'échancrure duodéno-jéjunale et la terminaison de l'iléon. Par conséquent, si l'intestin a une longueur anormale, les proportions se trouvent considérablement changées, en ce sens que la racine du mésentère est trop étroite relativement à l'étendue et à la hauteur de son bord intestinal. Cette disposition favorise les mouvements des diverses parties de l'intestin autour du pédicule étroit du mésentère, et il en est surtout ainsi des déplacements anormaux (péristaltisme, contusion) des anses intestinales fortement remplies de masses fécales; ainsi se produisent des mouvements de circumduction, de rotation et d'inflexion autour d'une partie du mésentère, surtout lorsque ce dernier, ainsi que l'intestin, se trouvent fixés d'une façon anormale. Sous ce rapport KUTTNER a particulièrement insisté sur la fixation de la portion terminale de l'iléon. Lorsque le mésentère fixé dans une direction plus ou moins verticale, à côté de la colonne vertébrale, rencontre la portion terminale de l'iléon dirigée transversalement et fixée au promontoire par de courtes attaches (ligament mésentérico-mésocolique), on comprend aisément que le volvulus débute précisément au niveau de cette inflexion, sous l'influence de causes prédisposantes. Sous ce rapport les conditions anatomiques sont presque plus favorables encore au niveau de l'S iliaque. Ici, en effet, l'étendue trop grande du bord intestinal du mésocolon, comme aussi l'absence complète de ce dernier, d'où résulte un contact réciproque des flexuosités de l'S iliaque, favorisent les torsions et courbures au niveau de cette partie de l'intestin. Lorsque l'S iliaque affecte une direction horizontale, il suffit que la partie inférieure du colon descendant contienne une certaine quantité de matières fécales pour que, par son propre poids elle se coude sur la partie dirigée horizontalement. Si le mésocolon fait défaut à l'anse intestinale qui se trouve ainsi repliée sur elle-même, les mouvements de torsion s'étendent à une grande partie de cette anse, et il suffit d'une rotation de 180° autour de l'axe pour mettre obstacle au cours des matières.

Conformément aux conditions anatomiques mentionnées plus haut comme ayant une importance étiologique, le volvulus s'observe tout particulièrement dans des circonstances qui entraînent la disparition du tissu adipeux et l'allongement du mésentère, lequel occupe alors une cavité abdominale relativement trop vaste. C'est ce qui nous explique la prédisposition à l'étranglement interne par torsion de l'intestin chez les individus âgés, ainsi que sa fréquence relative chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants. Parmi les causes occasionnelles nous devons mentionner aussi bien les états pathologiques pouvant déterminer un péristaltisme énergique et une réplétion inégale des intestins (diarrhée, coliques, vomissements etc.), que les traumatismes qui produisent dans certaines parties du tube intestinal des mouvements isolés sous forme de secousses (contusions de l'abdomen).

Les conséquences de la torsion des intestins se montrent au niveau de la partie du tube intestinal qui en est le siège, et consistent en une stase veineuse, une transsudation séreuse, ainsi que des foyers hémorragiques; par suite de l'obstacle au cours des matières, celles-ci s'accumulent dans

le bout supérieur, en même temps que les liquides de transsudation qui viennent s'y déverser. Pendant ce temps on voit se dessiner le tableau symptomatique de l'iléus. Quant aux conséquences qui surviennent au niveau de l'anse intestinale intéressée, lorsque la mort n'arrive pas de bonne heure, elles sont analogues à celles que nous avons décrites plus haut (§ 69).

On ne voit presque jamais survenir de bonne heure une péritonite, si

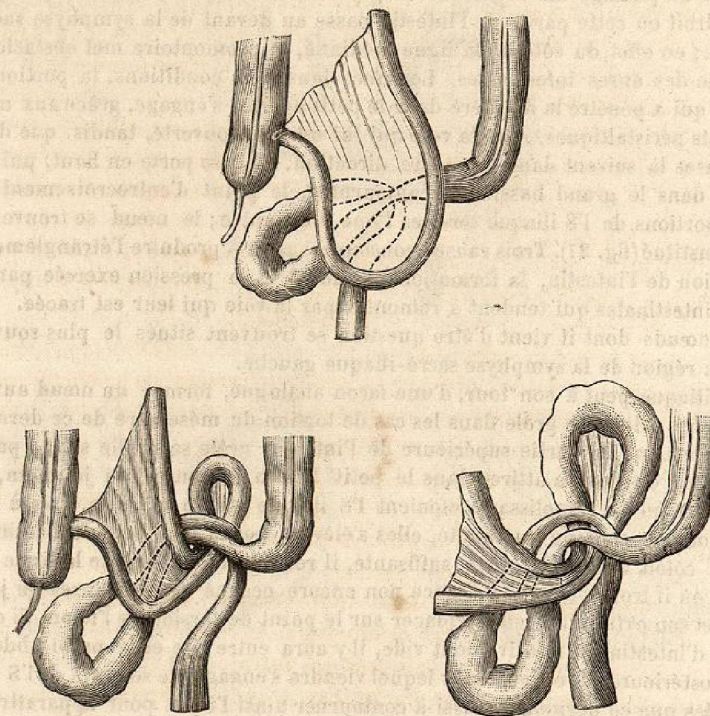


Fig. 25, 26 et 27. — Formation d'un nœud par torsion de l'S iliaque.

l'on fait abstraction des processus inflammatoires entraînant la formation d'adhérences locales.

§ 73. — Une variété d'étranglement étroitement liée aux torsions de l'intestin, c'est la **formation d'un nœud** entre l'S iliaque et l'iléon; elle n'est possible qu'à la condition que le mésentère et le mésocolon aient une longueur suffisante.

Pour ce qui concerne d'abord la formation d'un nœud, dans les torsions de l'S iliaque, KUTTNER (Virchow's Archiv, vol. 26, p. 491) en donne l'explication suivante :

L'S iliaque, après avoir subi une rotation de 180° autour de son axe, vient se placer dans le petit bassin où il est recouvert par l'iléon; mais il remonte

bientôt dans la cavité abdominale lorsque, par suite du gonflement dont il devient le siège du fait de l'étranglement, il n'a plus une place suffisante dans la cavité pelvienne. Les anses intestinales de l'iléon restées dans le petit bassin se trouvent comprimées contre la paroi postérieure de la vessie et ne peuvent remonter par cette voie dans la cavité abdominale; bien au contraire, les mouvements péristaltiques font descendre tout d'abord un nombre de plus en plus considérable d'anses d'intestin grêle dans la cavité pelvienne; les anses comprimées cherchent alors à s'échapper en arrière de l'S iliaque, et elles se frayent un passage au niveau du siège de la torsion, c'est-à-dire à peu près à l'endroit où cette partie de l'intestin passe au devant de la symphyse sacro-iliaque; en effet, du côté de la ligne médiane, le promontoire met obstacle au passage des anses intestinales. Lorsque, dans ces conditions, la portion de l'iléon qui a pénétré la dernière dans le petit bassin, s'engage, grâce aux mouvements péristaltiques, dans la voie qui lui est ainsi ouverte, tandis que d'autres anses la suivent dans la même direction, elle se porte en haut, puis en avant, dans le grand bassin, en contournant le point d'entrecroisement des deux portions de l'S iliaque tordues l'une sur l'autre; le nœud se trouve dès lors constitué (fig. 27). Trois causes concourent alors à produire l'étranglement: la torsion de l'intestin, la formation du nœud et la pression exercée par les anses intestinales qui tendent à remonter par la voie qui leur est tracée.

Les nœuds dont il vient d'être question se trouvent situés le plus souvent dans la région de la symphyse sacro-iliaque gauche.

L'S iliaque peut à son tour, d'une façon analogue, former un nœud autour d'une anse d'intestin grêle dans les cas de torsion du mésentère de ce dernier. Supposons que la partie supérieure de l'intestin grêle se replie sur la partie inférieure, de façon à attirer dans le petit bassin les anses du jéjunum, ces dernières en se remplissant refoulent l'S iliaque contre la vessie, puis à mesure que leur contenu augmente, elles s'élèvent peu à peu hors du bassin. Si l'S du côlon a une longueur suffisante, il remontera le long de la ligne médiane, où il trouve le plus d'espace non encore occupé par les anses du jéjunum, et son extrémité vient se placer sur le point de torsion de l'iléon. Si cette partie d'intestin est relativement vide, il y aura entre elle et la paroi abdominale postérieure un espace dans lequel viendra s'engager le sommet de l'S iliaque; dès que ce dernier a réussi à contourner ainsi l'iléon pour apparaître en arrière près du cœcum, le nœud est terminé (fig. 28, 29 et 30). Ce dernier est situé approximativement au niveau de la 3^e ou 4^e vertèbre lombaire.

Nous devons nous borner à ces quelques remarques. Nous sommes loin, en effet, d'avoir épuisé le sujet et mentionné toutes les possibilités, ainsi que le lecteur peut s'en assurer en parcourant les travaux de GRUBER et de KUTTNER.

Deux organes formant, en quelque sorte, des appendices de l'intestin, sont assez souvent une cause d'étranglement pour une portion du tube intestinal, avec ou sans torsion préalable, nous voulons parler de l'appendice vermiforme et des longs diverticules de l'intestin grêle. L'extrémité libre du diverticule peut se souder avec le mésentère ou l'intestin; il en résulte une fente ou un anneau dans lequel s'engage une anse intestinale. Dans d'autres cas l'étran-

glement est produit par enroulement ou par formation d'un nœud diverticulaire.

Un cas tout à fait typique de nœud diverticulaire formé autour d'une anse de l'iléon, a été décrit et dessiné par HEIBERG. (Virchow's Archiv. vol. 54, pl. II, fig. 1.) J'en reproduis ici le dessin (fig. 31) comme étant un type de nœud diverticulaire, tel que peut le produire également l'appendice vermiforme.

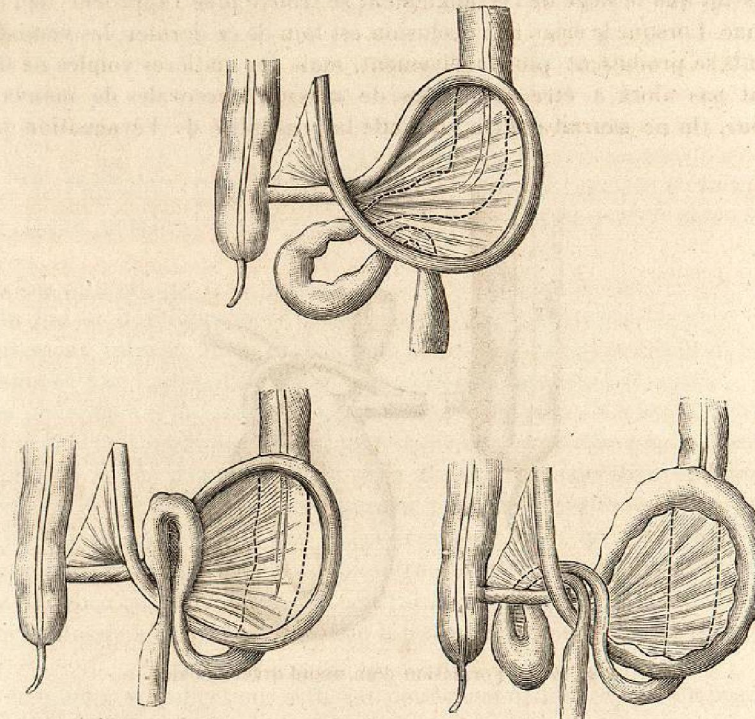


Fig. 28, 29 et 30. — Formation d'un nœud avec l'S iliaque, par torsion de l'intestin grêle.

GRUBER a décrit de son côté un certain nombre de faits analogues (Petersb. med. Zeitschrift, 1864).

§ 74. — Si nous avons insisté un peu longuement sur les causes de l'étranglement interne, c'est que la connaissance des faits que nous venons d'exposer peut seule servir de base à un traitement rationnel. Néanmoins notre description a été forcément incomplète et défectueuse, à cause de l'absence de recherches suffisantes concernant l'étiologie et la fréquence relative des différentes formes de l'étranglement.

Les **symptômes** de l'étranglement interne ou de l'iléus en général sont, par contre, assez simples. Tantôt à la suite de symptômes d'une affection intestinale consistant dans de la diarrhée, des coliques, des vo-