

se développent dans le ventre. De cette mobilité il résulte que l'intestin grêle forme, presque toujours, le contenu des hernies. Cependant, Malgaigne a fait cette remarque intéressante qu'à l'état normal le mésentère n'est jamais assez long pour permettre à l'intestin de franchir d'emblée le canal inguinal ou le canal crural, nouvelle preuve, dit-il, que les hernies ne sauraient arriver que par degrés à leur entier développement.

Le mésentère présente une direction oblique de haut en bas et de gauche à droite ; il s'étend du corps de la deuxième vertèbre lombaire à la symphyse sacro-iliaque droite, et forme une cloison antéro-postérieure qui divise la cavité abdominale en deux parties, l'une droite, l'autre gauche. Il suit de là que, lorsqu'un épanchement se produit à droite du mésentère, le sang se dirige vers la fosse iliaque droite et non vers la gauche. Le sang épanché à gauche du mésentère descend dans le petit bassin : c'est ainsi qu'on s'explique pourquoi les épanchements de sang sont plus fréquents dans la fosse iliaque droite que dans la fosse iliaque gauche.

Cette question des épanchements sanguins de l'abdomen avait beaucoup occupé les chirurgiens de la deuxième moitié du xviii^e siècle, à l'occasion du mémoire de Petit le fils, qui prétendait que le sang s'épanchait difficilement dans la cavité à cause de la résistance des parois abdominales et des viscères, qui fait en quelque sorte office de compresseur sur l'orifice du vaisseau. Cette opinion ne se discute plus.

Le mésentère forme un repli très épais. Dans son épaisseur et à sa racine se trouvent l'aorte et la veine cave inférieure (Voy. fig. 239), les artères et les veines mésentériques, des vaisseaux et ganglions lymphatiques nombreux, des nerfs et du tissu cellulaire. Il contient également des fibres musculaires lisses. Si, dans l'anus contre nature, les deux bouts de l'intestin rentrent peu à peu dans la cavité abdominale, ce phénomène est, en grande partie, dû à la contraction de ces fibres musculaires.

Il est un mode de réduction des hernies étranglées qui consiste à donner au malade une attitude telle que la tête soit très inclinée et les pieds élevés. Cette méthode peut réussir alors que des efforts considérables de taxis ont échoué. Le poids de la masse intestinale joue un rôle important, sans doute, dans la production du résultat, mais on a aussi invoqué, avec raison, les tractions exercées par le mésentère. Ces mêmes tractions ne sont probablement pas étrangères à la réduction spontanée de certaines hernies présentant un étranglement peu serré.

La profondeur à laquelle siège le mésentère le protège, en général, contre les contusions de l'abdomen ; cependant, il peut être atteint isolément ; j'ai observé un jeune homme qui, serré entre deux tampons de wagon, présenta une déchirure du mésentère : cet organe était complètement détaché de la colonne vertébrale.

Le mésentère est susceptible de contenir un certain nombre de tumeurs, dont s'est occupé en particulier M. Bégouin, qui en a recueilli 123 observations. Il ne faudrait toutefois pas les confondre avec les tumeurs de l'arrière-cavité des épiploons, dont l'histoire est loin d'être complète. Le diagnostic en est souvent fort obscur, surtout lorsqu'elles ont atteint un volume considérable. Cependant, lorsqu'une tumeur occupe la partie moyenne de la cavité abdominale, qu'elle est mobile, flottante même, à ce point qu'on la peut faire alterna-