

opposé à l'insertion du mésentère, et se rencontrent principalement vers la fin de l'intestin grêle; 3° les *glandes acineuses* ou *en grappes*, *glandes de Brunner*, qui n'existent que dans le duodénum.

Le *duodénum*, situé profondément au-devant de la colonne vertébrale, est complètement immobile, en sorte qu'on ne le rencontre jamais dans les hernies; c'est aussi grâce à cette profondeur qu'il ne peut être blessé isolément.

Sa longueur totale est d'environ 20 centimètres, et sa forme rappelle assez bien celle d'un fer à cheval dont la concavité dirigée à gauche embrasse la tête du pancréas. On lui considère trois portions, distinguées en première, deuxième et troisième: la première est dirigée à droite, en haut et un peu en arrière; la deuxième est verticale; la troisième, d'abord horizontale, se porte ensuite en haut (D, fig. 232) pour se continuer avec le jéjunum.

On peut encore les désigner du nom de l'organe avec lequel chacune est plus spécialement en rapport: ainsi, la première s'appelle *portion hépatique*; la deuxième, *portion rénale*, et la troisième; *portion pancréatique*. La première est comprise dans l'épiploon gastro-hépatique et, par conséquent, mobilisable, tandis que le péritoine ne fait que passer au-devant des deux autres, qui se trouvent de la sorte immobilisées: c'est donc seulement avec la première portion qu'il serait possible d'anastomoser la vésicule biliaire dans le cas d'obstruction du canal cholédoque. J'indiquerai plus loin les rapports de ce canal avec le duodénum.

Lorsqu'on renverse le paquet de l'intestin grêle à droite, ainsi que cela a lieu sur la figure 232, on observe souvent, au niveau du duodénum dont on apprécie le relief en arrière du péritoine, un cul-de-sac plus ou moins profond appelé encore *fossette jéjuno-duodénale*. Cette fossette n'est pas constante et manquait sur le sujet qui a servi pour la figure 232. Elle existe, au contraire, sur la figure 235. Je l'ai vue beaucoup plus développée que celle qui est représentée ici. C'est dire que cette fossette présente de très grandes variétés. Il est possible, à la rigueur, que des anses intestinales s'y engagent, d'où la production d'une variété d'étranglement interne.

Le *jéjuno-iléon* constitue, à proprement parler, l'intestin grêle; fixé à la colonne vertébrale par le mésentère, il forme dans la cavité abdominale une masse flottante qui se porte en tous sens et comble les vides qui se produisent; séparé de la paroi abdominale seulement par le grand épiploon, il est spécialement atteint par les coups portés sur l'abdomen. Les *contusions* de l'intestin grêle se produisent dans des conditions différentes: ou bien le corps du blessé était appuyé contre un objet résistant et n'a pu se dérober, ou bien le blessé a pu fléchir le tronc sous le coup qui l'atteignait et reculer. On conçoit combien l'effet produit est différent dans ces deux cas, étant donnée la même intensité de choc: il faut donc s'enquérir avec soin de cette circonstance.

Lorsque l'intestin a été déchiré, des phénomènes d'une gravité extrême apparaissent aussitôt et le blessé succombe. La contusion de l'intestin peut n'être pas aussi intense et provoquer, néanmoins, la mort dans les jours qui suivent l'accident, et ce sont ces cas que le praticien doit surtout avoir présents à l'esprit. Voici ce qui se passe: Coup sur l'abdomen, contusion d'un point limité de l'in-