

des aliments ; les malades sont tourmentés par une faim insatiable et dépérissent rapidement, malgré des injections de substances alimentaires faites dans le bout inférieur. Cependant, on a pu réussir à relever leur santé en recueillant les matières qui sortaient par l'anus contre nature pour les réintroduire ensuite dans le bout inférieur.

Les *artères* de l'intestin grêle sont fournies par l'artère mésentérique supérieure, sauf pour le duodénum qui reçoit une branche de l'hépatique ; elles pénètrent l'intestin par son bord adhérent. Il en résulte que, lorsqu'une anse complète d'intestin est herniée, elle reçoit encore ses vaisseaux ; si l'anse est incomplète, qu'il n'y ait qu'un pincement, la portion herniée ne reçoit plus de vaisseaux, et quelques auteurs ont cherché à expliquer ainsi pourquoi la gangrène survient plus vite dans les petites hernies que dans les grosses.

M. Begouin a fait remarquer que, dans une opération sur l'intestin grêle ou sur le mésentère, il fallait surtout respecter les arcades, anastomotiques situées près du bord adhérent de l'intestin. Une interruption de la circulation dans ces vaisseaux sur une longueur de 5 à 8 centimètres suffit pour amener le sphacèle de l'intestin.

Les *veines* forment la mésaraïque et aboutissent à la veine porte.

Les *vaisseaux lymphatiques* portent ici le nom de *chylifères* et jouent un rôle physiologique dont je n'ai pas à m'occuper.

Les *nerfs* proviennent du plexus solaire.

GROS INTESTIN.

Le *gros intestin* diffère notablement de l'intestin grêle par sa longueur, qui n'en est que la cinquième partie environ, par ses bosselures, par la disposition de ses fibres musculaires longitudinales, par sa direction, sa fixité, etc.

Il commence dans la fosse iliaque droite par un renflement terminé en cul-de-sac et qui constitue le *cæcum* ; il se dirige ensuite verticalement en haut jusqu'à la vésicule biliaire, se coude en ce point pour se porter transversalement de droite à gauche arrive au niveau de l'extrémité inférieure de la fosse iliaque gauche où il se contourne en forme d'S italique ; de là, il gagne la ligne médiane et plonge dans le bassin pour constituer le *rectum*. Le gros intestin décrit donc un cercle presque complet qui entoure de toutes parts la masse flottante de l'intestin grêle ; toutefois, les portions ascendante et descendante sont profondément situées et recouvertes par l'intestin grêle.

Le gros intestin est loin d'être aussi mobile que le petit ; aussi ne le rencontre-t-on que très rarement dans les hernies.

On lui reconnaît trois portions : le *cæcum*, le *côlon* et le *rectum*. Cette dernière partie sera étudiée avec le bassin.

Le gros intestin est composé des mêmes tuniques que l'intestin grêle, mais elles y affectent quelques dispositions spéciales.

Le péritoine ne lui forme pas, en général, une enveloppe aussi complète qu'à l'intestin grêle. Je reviendrai sur cette particularité.

La *couche musculieuse* présente, comme sur l'intestin grêle, deux ordres de fibres : *longitudinales superficielles* et *transversales profondes*. Les fibres transversales affectent la même disposition que sur l'intestin grêle, mais il n'en