

Plusieurs fois j'ai retrouvé le même rétrécissement chez des fœtus dont l'intestin était rempli de méconium. Or, cette disposition disparaît complètement par l'insufflation et je n'ai constaté à l'intérieur de l'intestin ou dans les parois rien qui explique le fait.

*Côlon descendant.* — Le côlon descendant commence très haut dans l'hypocondre gauche, au niveau de l'extrémité inférieure de la rate, et se termine en bas à la symphyse sacro-iliaque gauche. Il est donc notablement plus long que le côlon ascendant. C'est la portion la plus fixe du gros intestin. Cette fixité est due aux rapports du péritoine avec le côlon, et aussi à l'existence d'un ligament spécial sur lequel il importe d'appeler l'attention. Ce ligament part de l'extrémité inférieure de la rate et va se fixer à l'intestin au point de rencontre du côlon transverse et du côlon descendant (LSC, fig. 235, p. 751) : c'est le *ligament spléno-côlique*. Il est constitué par un faisceau fibreux assez résistant doublé du péritoine. Si l'on se rappelle, d'autre part, que la rate elle-même est fixée à l'estomac par l'épiploon gastro-splénique et au diaphragme par le ligament phréno-splénique, on comprendra ainsi pourquoi le côlon descendant présente une fixité plus grande que les autres parties du gros intestin.

De l'existence de ce ligament découlent plusieurs considérations intéressantes.

D'abord, l'angle que forme le côlon transverse avec le côlon descendant est plus prononcé que celui de droite ; l'angle est même aigu (Voy. fig. 235) ; et, très certainement, cette disposition n'est pas sans importance dans les cas d'obstruction intestinale par rétention de matières fécales. Il y a là un véritable obstacle au passage des fèces, et joignez-y un certain degré de parésie intestinale ou de contracture, vous aurez une obstruction complète. De plus, l'angle est constant et persiste tant que le ligament spléno-côlique n'a pas été divisé. C'est à ce point qu'il persiste même lorsque les viscères ont été détachés en masse et sont étalés sur une table.

La direction oblique en haut et à gauche du côlon transverse est due à la présence de ce ligament. C'est encore cette disposition anatomique qui explique pourquoi le côlon transverse se trouve quelquefois porté en avant de l'estomac lorsqu'on pratique la gastrotomie.

J'ai dit que le côlon ascendant répondait directement à la face antéro-externe du rein droit ; le côlon descendant est situé plus en dehors du rein gauche (Voy. fig. 239) et ne correspond à cet organe que par une faible partie de sa surface. La différence de rapport des côlons avec les reins droit et gauche me paraît tenir à ce que, le côlon descendant étant fixé à la rate qui occupe la partie la plus profonde et la plus externe de l'hypocondre gauche, l'intestin se trouve de la sorte porté et retenu plus en dehors. Ce rapport avec le rein explique encore pourquoi les tumeurs de cet organe sont recouvertes surtout du côté gauche, par le côlon qui les coupe en écharpe, caractère d'une haute importance pour le diagnostic de ces tumeurs.

Le péritoine n'enveloppe ordinairement pas le côlon descendant sur toute sa circonférence et ne lui forme pas de méso-côlon, en sorte que cet intestin se trouve appliqué directement sur le rein et sur le tissu cellulaire sous-péritonéal de la région lombaire (fig. 239), circonstance qui permet d'établir à ce niveau