

porte défectueuse, nous sommes d'avis que celui-ci est indiqué dans la plupart des cas.

Le *lavage de l'estomac* n'est indiqué qu'en cas de stase; cependant on peut l'employer dans quelques cas, pendant un court laps de temps, pour exciter les contractions de l'estomac, le péristaltisme intestinal.

Le *repos prolongé à la campagne ou de préférence dans une station de montagne* sont des adjuvants du traitement. Il importe d'ailleurs de soustraire le malade à toutes les causes de surmenage du système nerveux. On a vu souvent une guérison spontanée se produire au moment des vacances.

S'il existe des formes bénignes, assez facilement curables, il en existe d'autres très graves et très rebelles, chez des sujets atteints de vieille date et à système nerveux profondément troublé. Chez ces malades on pourra, par un traitement prolongé, obtenir de notables améliorations, mais rarement une guérison complète.

En somme, le traitement de la dilatation atonique doit avoir pour note dominante le *relèvement général* de l'organisme et s'inspirera ainsi des notions étiologiques et pathogéniques qui ont été dites plus haut. Les moyens locaux, surtout médicamenteux, ne doivent prendre qu'une part restreinte dans le traitement. *A maladie générale convient un traitement général.*

#### B. — *Gastropathies et entéropathies d'origine statique.*

Ce groupe comprend un ensemble de troubles morbides qui sont sous la dépendance de déplacements, d'abaissement des organes digestifs et non plus d'une simple atonie. Ces troubles peuvent d'ailleurs être provoqués par des causes variées, soit locales, soit générales.

Nous réunissons dans un même chapitre l'étude des déplacements de l'estomac et de l'intestin, parce qu'habituellement ils coexistent et retentissent les uns sur les autres; les ptoses sont multiples.

Pendant longtemps l'origine statique de certains troubles digestifs a été méconnue, et ces troubles furent attribués à tort soit à la gastrite, soit à des causes générales, notamment à des névroses. Grâce au perfectionnement incessant des méthodes de diagnostic on a pu peu à peu dégager les ptoses des affections avec lesquelles on les confondait et instituer par suite une thérapeutique rationnelle et partant efficace. Actuellement, par les prescriptions d'un régime, du port d'une ceinture, de quelques moyens physiques: massages, électricité, hydrothérapie, etc., on peut soulager et guérir des malades qu'autrefois on aurait vainement traités par les moyens médicamenteux les plus divers.

Si la séméiologie et le traitement des ptoses n'ont été nettement précisés qu'à une époque récente, il ne serait pas exact d'avancer que l'ignorance était complète sur ce point avant la période contemporaine. On trouvera l'historique complet de la question dans quelques traités spéciaux, dans certaines thèses et monographies et notamment dans une *Revue générale* publiée par nous (Gaston Lyon: *Gastropathies et entéropathies d'origine statique. Gazette des Hôpitaux*, 8 et 15 novembre 1902).

Bornons-nous à rappeler ici que les conséquences de la compression exercée par le corset n'avaient pas échappé à Riolan, à Ambroise Paré; que Cruveilhier (1849) a parfaitement décrit la déformation de l'estomac due au corset, la dislocation de l'estomac.

Le mémoire publié en 1880 par Kussmaul sur le déplacement de l'estomac et ses signes a fait autorité et constitué une base solide pour les recherches ultérieures.

Peu après, Meinert consacrait un important travail à l'étude des ptoses.

Cinq ans plus tard, en 1885, M. Frantz Glénard inaugurait la publication de ses recherches sur l'entéroptose et son premier travail fut suivi de nombreuses publications dont la dernière en date est le *Traité des ptoses viscérales* (1899).

M. Glénard a eu le mérite de mettre en lumière un ensemble de faits ignorés de la majorité des praticiens; il a insisté sur la multiplicité, la gravité des troubles digestifs et nerveux qui sont la conséquence des ptoses; il a étudié de la façon la plus ingénieuse les moyens d'exploration propres à mettre sur la voie du diagnostic. Si ce médecin distingué a notablement exagéré l'importance des ptoses auxquelles il a voulu rattacher une notable partie des troubles de la nutrition, il lui restera du moins l'honneur d'avoir définitivement établi et vulgarisé le rôle de la diminution de tension abdominale dans la pathogénie d'accidents qui paraissaient difficilement explicables, de nous avoir appris à rechercher et à constater les contractures de l'intestin (déjà signalées par Potain dans la colite chronique) et étudiées plus tard par Fleiner, comme cause d'une variété de constipation, la constipation spasmodique, et d'avoir montré l'influence toute-puissante du traitement mécanique par le décubitus prolongé et l'emploi de la sangle.

Il serait injuste de passer sous silence le nom de Frerichs qui, en vulgarisant la méthode de l'insufflation, nous a dotés d'un moyen précieux de diagnostic; ceux d'Ewald, de Féréol, de Trastour, de Kelling, de Meltzing, de Schwerdt, sur la pression abdominale et ses rapports avec l'entéroptose; les leçons de M. le professeur Hayem sur l'influence néfaste du corset, etc.

Il est indispensable, pour la clarté de la description des ptoses et la justification de leur traitement, de rappeler brièvement quels sont la situation normale et les moyens de fixité de l'estomac et de l'intestin.

L'estomac est situé dans l'hypocondre gauche et dans l'épigastre; à droite il dépasse la ligne médiane jusqu'aux limites de l'hypocondre droit.

Il n'a pas une direction horizontale, mais une *direction presque complètement verticale* (Luschka, Betz, Tillaux, Doyen, Jonnesco). Toutefois, si son grand axe se rapproche beaucoup plus de la verticale que de l'horizontale, particulièrement chez l'enfant et chez la femme, il n'est pas tout à fait vertical, du moins à l'état normal. La preuve, c'est que le *cardia* correspond à la partie latérale gauche de la dixième vertèbre dorsale et répond en avant aux sixième et septième cartilages costaux, tandis que le *pylore* siège à droite du bord inférieur du corps de la première vertèbre lombaire et répond en avant aux septième et huitième cartilages costaux droits. Il est caché par le foie et se trouve sous le col de la vésicule biliaire.

D'autre part, l'axe de l'estomac ne coïncide nullement avec la ligne passant par le centre de ces deux orifices; le corps de l'estomac se trouve, au contraire, rejeté en arrière, à gauche de cette ligne.

La direction du grand axe de l'estomac étant légèrement oblique de haut en bas et de gauche à droite, il en résulte que le fond de l'estomac ne correspond pas à l'orifice pylorique, mais à la petite tubérosité.

La *petite courbure*, cachée sous le lobe gauche du foie, est inaccessible à la palpation; elle décrit une courbe à concavité tournée à droite, en haut, en arrière.

La *grande courbure* subit des déplacements, suivant que l'estomac est à l'état de vacuité ou rempli par les aliments; mais normalement, même après le repas, elle reste un peu au-dessous de l'ombilic.

En descendant de la grosse tubérosité elle décrit une courbe d'abord presque verticale et se trouve cachée sous les côtes gauches, puis elle est oblique à droite et en bas.