

Sur ce trajet elle présente une dépression très accentuée chez les femmes qui portent un corset serré.

A partir du point le plus déclive elle remonte à droite, à la rencontre du pylore, en décrivant une courbe à concavité supérieure qui limite la *petite tubérosité*; c'est dans cette petite tubérosité que se rassemblent les liquides et les aliments; c'est elle qui se développe lorsque l'estomac se dilate.

La grande courbure n'est en rapport avec la paroi abdominale que dans sa portion ascendante, à partir de la neuvième ou dixième côte jusqu'au niveau du foie. En somme, l'estomac se trouve, à jeun, en contact avec la paroi abdominale antérieure au niveau d'une surface triangulaire limitée en avant et à gauche par le rebord des fausses côtes, en haut et à droite par le bord oblique du foie et, en bas, par une ligne horizontale passant par le cartilage de la neuvième côte des deux côtés. A gauche, la grande courbure confine à la rate; elle repose sur le côlon transverse.

La *grosse tubérosité*, point le plus caché de l'organe, siège au niveau du bord supérieur de la cinquième côte; elle est entièrement cachée par les côtes et recouverte par le poumon.

Le point le plus fixe de l'estomac est le cardia et la grosse tubérosité; le pylore est moins fixe. Relié aux corps vertébraux par l'intermédiaire du duodénum, il a pour principal moyen de fixité le ligament gastro-hépatique qui s'étend du cardia au pylore et qui est adhérent au sillon transverse du foie. L'estomac, déplacé, doit forcément entraîner le foie et réciproquement.

Le pylore, malgré ses moyens de fixité, est susceptible, à l'état normal, de déplacements assez étendus, subordonnés surtout à l'état de son contenu. Il se trouverait sur la ligne médiane, à l'état de vacuité, et pourrait se porter jusqu'à 7 centimètres vers la droite, lorsque l'estomac est distendu (Braune).

La grande courbure est la partie la plus mobile de l'estomac; elle se déplace en s'insinuant entre les deux feuillettes du grand épiploon.

Le gros intestin est relevé de distance en distance à la façon de baldaquins (Glénard). En ces points il subit des flexions angulaires plus ou moins prononcées; ce sont les angles de soutènement fixés par les replis du péritoine, à la paroi postérieure de l'abdomen. Glénard décrit plusieurs détroits ou orifices physiologiques résultant des flexions de l'intestin dont certains sont plus ou moins contestables. Au surplus, voici l'opinion des anatomistes contemporains sur la situation et les divers moyens de fixité du gros intestin :

Le *cæcum* (long de 8 à 10 centimètres, Sappey) forme avec le côlon ascendant un angle obtus ouvert en dedans; il se trouve le plus souvent dans l'angle formé par la paroi abdominale antérieure et la fosse iliaque, « en dehors de la saillie allongée du muscle psoas » (dans 108 cas sur 156, Tuffier et Jeanne). Il peut encore effleurer l'arcade de Faloppe (position basse ou iliaque inférieure), ou encore être situé à plusieurs centimètres au-dessus de l'arcade crurale (position haute ou sus-iliaque, de Tuffier et Jeanne). Exceptionnellement on l'a trouvé franchement dans le petit bassin, son fond descendant au-dessous du détroit supérieur, mais alors il était ptosé. Quelle que soit sa situation, le *cæcum* est maintenu en place par des replis péritonéaux. Le péritoine recouvre de toutes parts le *cæcum* « dont la main peut faire le tour comme elle fait le tour du cœur dans le péricarde » (Tuffier). Outre les replis séreux formant les fossettes iléo-cæcales supérieure et inférieure qui maintiennent le *cæcum* avec la fin de l'iléon, il existe deux ligaments proprement dits qui maintiennent le *cæcum* dans la fosse iliaque : le ligament supérieur et le ligament inférieur. Le premier est le vrai ligament supérieur du *cæcum* (Tuffier); c'est lui qui dans la station verticale supporte le poids du *cæcum* et l'empêche de descendre dans le petit bassin. Il est étendu entre le gros intestin et la paroi latérale de l'abdomen, en direction oblique de bas en

haut et de dedans en dehors; sa forme est triangulaire. Le ligament inférieur, inconstant, limite le mouvement de bascule du cœur en haut d'une part et son mouvement de descente dans le petit bassin d'autre part.

Le *côlon ascendant* s'étend du *cæcum*, avec lequel il se continue sans changement de diamètre, à la face inférieure du foie et à la vésicule biliaire au niveau desquels il s'abouche dans le côlon transverse en formant l'angle sous-hépatique. Il est presque vertical. A sa partie inférieure il est maintenu par sa continuité avec le *cæcum* dont il partage les moyens d'attache. Sur son trajet peut exister un méso, d'assez faible longueur, inconstant (56 pour 100 des cas, Trèves; 50 pour 100, Fromont) et plus ou moins étendu. Lorsqu'il n'y a pas de méso, ce qui est le cas le plus ordinaire, le péritoine recouvre seulement les faces antérieure et latérale du côlon, laissant sa face postérieure libre appliquée contre le tissu cellulaire lâche de la fosse lombaire. En somme le côlon ascendant est assez mal maintenu : s'il a un méso, il est mobile latéralement et, chargé de matières, il tire sur le repli séreux. S'il n'a pas de méso, sa mobilité s'exercera dans le sens vertical de haut en bas, il glissera sous le péritoine. Tout court donc pour que le côlon ascendant s'abaisse facilement. Mais, à sa partie supérieure existe un ligament qui le suspend au foie et lui assure une assez grande fixité (ligament hépato-colique, Faure). Deux autres ligaments : cystico-colique et gastro-colique contribuent à le maintenir.

Le côlon ascendant se continue avec le côlon transverse soit en formant un angle (constant d'après Mauclaire et Mouchet), soit une courbe plus ou moins sinueuse, soit encore directement, sans décrire aucune inflexion.

L'angle droit du côlon se trouve au-dessous du foie, au niveau de la vésicule, répondant en avant tantôt au cartilage de la dixième côte, tantôt à l'extrémité antérieure de la onzième. Il serait beaucoup plus mobile que l'angle gauche.

De l'angle droit à l'angle gauche le *côlon transverse* suit une direction très variable suivant les cas; il est très rarement transversal (2 fois seulement sur 100, Mauclaire et Mouchet). Ces anatomistes l'ont trouvé 26 fois au niveau de l'ombilic, 40 fois au-dessus, 54 fois au-dessous. Chez la femme, il est deux fois plus souvent que chez l'homme au-dessous de l'ombilic. Sa partie gauche est parallèle à la grande courbure, derrière laquelle elle vient se placer.

L'angle gauche du côlon est maintenu par le ligament phrénico-colique, qui l'accrole contre la paroi latérale gauche de l'abdomen et la partie inférieure de la face interne de la rate, au-devant de l'extrémité supérieure du rein. Il correspond à peu près, avec une égale fréquence, à la huitième, à la neuvième, à la dixième et à la onzième côte.

En somme, le côlon transverse fixé à ses deux extrémités est mal maintenu à sa partie moyenne; aussi, sous l'influence des tractions exercées continuellement par les matières qui s'y trouvent contenues, cette partie s'abaisse, s'incurve ainsi qu'il a été dit plus haut et descend dans l'abdomen.

Cet état d'abaissement ne détermine le plus souvent aucun trouble et on ne saurait le compter comme ptose, s'il n'y a en même temps prolapsus d'autres viscères; ce n'est qu'une disposition anormale congénitale. Dans d'autres circonstances le côlon transverse, dont la longueur est augmentée, est complètement abaissé et forme un M renversé : il s'agit alors d'une disposition pathologique dans laquelle la constipation joue le principal rôle.

Glénard admet l'existence d'un ligament pylori-colique, distinct du grand épiploon, qui suspendrait le côlon à la grande courbure de l'estomac, sur une longueur de 0,04 à partir du pylore et qui marquerait la division du côlon transverse en deux parties : l'une à gauche, l'autre à droite (celle-ci dénommée par M. Glénard sous-pylori-costale). En réalité ce ligament n'existe pas (Mauclaire et Mouchet). On ne trouve à ce niveau