

que la partie du grand épiploon qui relie l'estomac au côlon et qui est décrite par tous les auteurs sous le nom de ligament gastro-colique.

Fait important à constater : la ptose du côlon ne commande pas celle de l'estomac ; avec un côlon transverse très abaissé, l'estomac peut conserver sa situation et ses dimensions normales.

Le *côlon descendant* forme avec le côlon transverse un angle qui est rarement abaissé parce qu'il est maintenu solidement par le ligament phrénico-colique déjà cité ; ce ligament s'étend de l'angle splénique à la paroi thoraco-abdominale et au diaphragme qui la recouvre. Un autre ligament, ligament spléno-colique, contribue à faire du côlon descendant la partie la plus fixe de l'intestin.

Notons que les angles ou coudes du côlon échappent presque toujours à l'exploration. L'intestin grêle, encadré complètement par le côlon, a pour moyen de fixité le mésentère dont la fixité lui permet des déplacements étendus. L'intestin grêle joue un rôle considérable en tant que moyen de soutien de l'estomac.

La situation et les moyens de fixité de l'estomac, des différents segments de l'intestin étant connus, on peut comprendre aisément les **modifications de forme et de situation** que présentent ces organes dans certains états pathologiques.

L'estomac présente souvent une modification de forme et de situation qu'on appelle la dislocation verticale ; quant à l'abaissement total ou gastropiose il n'existe pas, pour la raison que le cardia n'est pas susceptible de se déplacer.

Ce qui caractérise essentiellement la dislocation verticale, c'est la direction anormale de la petite courbure. Le cardia reste à sa place, au niveau de la onzième vertèbre dorsale, la grosse tubérosité n'est pas abaissée, mais la partie inférieure de l'estomac, le pylore et la région pylorique, sont repoussés en bas et à gauche ; il en résulte que le grand axe tend à devenir de plus en plus parallèle à la colonne vertébrale.

La petite courbure est entraînée à gauche ; sa concavité normale n'existe plus : elle devient verticale dans la plus grande partie de son trajet, horizontale ensuite sur un parcours très limité, mais à un niveau inférieur à son niveau normal.

La grande courbure est plus ou moins abaissée, elle peut atteindre ou dépasser l'ombilic. Quant au pylore, abaissé ainsi qu'il a été dit et ramené à gauche, il peut être parfois situé très bas.

En somme, l'axe de l'estomac est devenu vertical, la totalité ou la presque totalité de l'organe sont contenues dans l'hypocondre gauche et la moitié gauche de la colonne vertébrale. La limite supérieure n'a pas varié, mais, le pylore étant abaissé, l'organe est devenu plus long, ce qui ne veut pas dire dilaté. Il est vrai que dans certains cas, par suite de la surcharge alimentaire, de l'obstacle à l'évacuation du chyme, l'estomac peut se laisser distendre, mais la dislocation consiste en un simple changement de forme et non de dimension. Si l'estomac est devenu plus long, il a perdu en largeur ce qu'il a gagné en hauteur. Effectivement son diamètre transverse a diminué à tel point, parfois, que l'estomac ressemble à un segment du gros intestin.

Il est aisé de comprendre pourquoi la dislocation verticale ou ptose partielle peut se compliquer de dilatation. Pendant le mouvement de translation qui porte la région pylorique en bas et à gauche, le duodénum ne suit qu'imparfaitement ce mouvement ; le point le plus fixe, en effet, n'est pas le pylore lui-même, mais un point situé plus loin, sur la portion horizontale du duodénum, c'est ce point que M. Glénard appelle l'orifice gastro-duodéal. Cette région restant fixe, si la dislocation verticale est très prononcée, les aliments ont tendance à séjourner et à s'accumuler dans la région sous-pylorique qui devient la partie la plus déclive de l'estomac, « de là une traction exercée sur le duodénum, laquelle a pour conséquence de rendre moins perméable encore l'orifice gastro-duodéal. Il en résulte une évacuation de plus en plus difficile

du contenu stomacal dans l'intestin. C'est très probablement de cette façon que certaines dislocations verticales finissent par se compliquer d'abord de rétention, puis d'ectasie gastrique » (Bouvet).

La poche sous-pylorique peut descendre très bas dans l'abdomen, parfois jusqu'au pubis. On comprend qu'à ce degré elle puisse exercer une traction sur la totalité de l'organe et abaisse l'estomac. Ainsi se trouverait réalisée la gastropiose totale. C'est là toutefois une éventualité rare.

Ce n'est pas tout ; l'estomac abaissé entraîne à son tour le prolapsus du côlon transverse, de l'intestin grêle, du rein droit, du foie : la splachnoptose totale se trouve ainsi réalisée. Si donc la dislocation verticale peut exister seule, elle peut aussi, lorsqu'elle est très prononcée, entraîner à son tour l'entéroptose, surtout si la paroi abdominale est relâchée de son côté, soit par asthénie générale, soit par le fait de grossesses antérieures. Cette splachnoptose d'origine gastrique est assez fréquente, et M. Glénard, tout en l'admettant, paraît avoir méconnu son importance et sa fréquence, alors qu'il faisait la part trop large aux entéroptoses primitives. En tout cas, ceci démontre que les déplacements des différents organes abdominaux sont solidaires les uns des autres et qu'il est impossible de les décrire séparément.

Il est une modification de forme de l'estomac qui accompagne habituellement la dislocation verticale et qui est due manifestement à l'influence du corset, c'est la biloculation. L'estomac présente à sa partie moyenne un étranglement qui ne contribue pas peu à entraver le brassement des aliments et leur évacuation.

Le corset peut nuire en immobilisant une région qui, normalement, est soumise à des variations de forme et de volume en rapport avec les mouvements respiratoires et les actes digestifs ; mais, le plus souvent, il détermine une déformation du squelette osseux du thorax, d'où refoulement en bas de tous les organes compris dans la région sous-diaphragmatique.

Les résultats de la constriction varient suivant le mode d'application du corset et aussi suivant la conformation du thorax. M. Hayem rattache à trois variétés les déformations qui peuvent se produire sous l'influence du corset.

a) La constriction sus-hépatique ou sous-mammaire, la plus commune. — Le thorax est carré ou rond, parfois élargi à sa base par évasement des dernières côtes, l'angle xiphoïdien est peu modifié. On constate un enfoncement qui s'étend de la cinquième à la huitième ou neuvième côte. L'enfoncement des côtes à la partie antérieure et inférieure des deux moitiés de la cage thoracique, lorsqu'il existe, diminue le diamètre antéro-postérieur et produit une excavation qui donne à la région une forme en bateau. Enfin, il y a un déjettement des dernières côtes en dehors. Les femmes ainsi déformées ont une taille courte, carrée, disgracieuse.

b) Constriction hépatique. — L'anneau constrictif siège en plein sur le foie. Le thorax est long, plus effilé par en bas ; l'angle xiphoïdien est aigu. La cage thoracique n'est guère déformée. On constate seulement un peu d'évasement de la base. La taille est fine et élégante, mais le ventre est déformé.

c) Constriction sous-hépatique. — Cette variété est caractérisée par ce fait que la constriction se fait au niveau des dernières côtes et du bord intérieur du foie ou même au défaut de la taille.

Les côtes sont refoulées en dedans, la poitrine est normale, mais effilée ; l'angle xiphoïdien est aigu. La taille est longue, remarquablement fine (taille de guêpe), et le ventre est déformé.

Chacune de ces variétés de constriction entraîne des conséquences différentes.

La variété sus-hépatique détermine la production de l'entéroptose, car la compression s'exerçant sur la face convexe du foie a pour effet de repousser par en bas le foie et tous les organes abdominaux. Le foie ptosé déborde les fausses côtes et parfois se