

mobilise ; il est creusé de dépressions à sa face supérieure. L'estomac prend la position verticale et le côlon transverse, qui suit le contour de l'estomac, prend une forme en V ; le rein droit est chassé de sa loge.

La variété hépatique a pour caractéristique l'aplatissement du foie qui s'allonge et se creuse de sillons ; le pylore et la première portion du duodénum sont comprimés entre le foie et la colonne vertébrale, ce qui entraîne la dilatation de l'antra pylorique. L'estomac, resserré entre le foie, la rate, la paroi abdominale et la colonne vertébrale, prend la forme biloculaire. Le plus ordinairement, il n'y a pas de néphroptose (M. Hayem).

La variété sous-hépatique entraîne le refoulement par en haut des viscères abdominaux, d'où toute une série de troubles (étouffements, palpitations, etc.). La portion transverse prend la forme en V et la constipation résulte de l'obstacle au cours des matières.

En somme, dans la variété sus-hépatique, il y a ptose et refoulement des organes.

Dans la variété hépatique, constriction des organes qui sont allongés, comme passés à la filière, mais non nécessairement ptosés.

Dans la variété sous-hépatique, il y a refoulement intra-thoracique des organes.

La ptose intestinale se traduit par l'abaissement de l'intestin grêle, celui du côlon transverse situé au-dessous de l'ombilic, l'exagération de la coudure au niveau de ses angles ; le déplacement concomitant du rein droit, le prolapsus inconstant des organes génitaux ; l'abaissement du foie qui porte souvent l'empreinte des côtes.

L'intestin grêle est atelectasié, sténosé, d'où une augmentation de sa pesanteur spécifique et son abaissement. Le côlon transverse, que l'on a peine à apercevoir, est contracté, gros comme le pouce ; c'est ce côlon contracté qui donne sur le vivant la sensation de la corde colique. Le coude gauche et le côlon descendant sont toujours à leur place, mais le côlon ascendant et le coude droit sont fréquemment abaissés (Glénard) ; c'est en somme sur la première anse du côlon transverse que porteraient les déplacements les plus fréquents.

Les causes des ptoses sont multiples : les unes sont communes aux deux sexes, les autres sont spéciales à la femme ; les ptoses sont d'ailleurs plus fréquentes chez la femme, en raison de l'influence prépondérante du port du corset, de celle de la grossesse et de la neurasthénie. Si chez elle, en raison de son genre de vie, de sa sobriété habituelle, l'estomac est moins exposé aux irritations d'origine alimentaire, à l'influence nocive du tabac et de l'alcool, par contre les gastropathies d'origine statique prennent dans le sexe féminin une importance extrême.

Causes communes aux deux sexes. — 1° Les *maladies aiguës graves* ou de longue durée entraînent un amaigrissement prononcé, susceptible de faire disparaître les moyens de soutènement, les coussinets graisseux interposés entre les organes et par suite de modifier la statique abdominale ; elles déterminent de plus une atonie des tissus qui ajoute son influence à la précédente.

2° La *dyspepsie nerveuse grave* paraît agir d'une façon sensiblement analogue : les dyspeptiques nerveux gravement atteints maigrissent considérablement, par ce qu'ils s'alimentent d'une façon insuffisante et aussi sous l'influence de l'intervention directe du système nerveux (amaigrissement d'origine trophique) ; il en résulte la rétraction de l'intestin, la disparition des gaz qui sont l'un des facteurs de la tension abdominale. On conçoit que ces influences puissent modifier la statique des organes abdominaux.

Il est probable que l'entéroptose traumatique admise par M. Glénard se confond avec la précédente.

On sait que les traumatismes, chez les sujets prédisposés, peuvent déterminer nombre de troubles nerveux d'origine hystéro-neurasthénique et notamment l'atonie des organes digestifs.

3° Aux causes générales précitées peut-être y a-t-il lieu d'ajouter des *ptoses d'origine congénitale*, par suite d'une faiblesse congénitale des tissus fibreux et musculaires lisses. Cette faiblesse congénitale a souvent été invoquée chez les neuro-arthritiques pour expliquer la fréquence des hernies, des varices.

Les causes locales sont plus fréquentes. Avant tout, il convient de mentionner le relâchement de la paroi abdominale et les compressions et déformations de la taille.

4° Le *relâchement de la paroi abdominale*, qui s'observe surtout à la suite de la grossesse, peut être dû, dans les deux sexes, à d'autres influences, notamment à l'amaigrissement survenant à la suite de maladies graves. Il peut se produire encore à la suite de résorption de grands épanchements du péritoine (par cirrhose, kystes ovariques, etc.).

5° Si la compression de la taille par le corset est exclusive à la femme, par contre certaines *déformations thoraciques*, pouvant s'observer dans les deux sexes, sont susceptibles de déterminer des ptoses ou tout au moins de les favoriser si d'autres causes interviennent : signalons les vices de développement du thorax par rachitisme, le thorax aplati des tuberculeux, les déviations de la colonne vertébrale amenant un rétrécissement de la ceinture osseuse abdominale. Ces malformations, en exerçant une compression sur le foie et indirectement sur l'estomac, amènent des modifications dans la statique de cet organe.

6° Certaines *hypertrophies ou tumeurs du lobe gauche du foie* peuvent déplacer le pylore et modifier par suite la direction de l'estomac.

La *dislocation de l'estomac* a pour conséquence l'abaissement du côlon transverse. La dilatation de l'estomac, surtout la *dilatation d'origine mécanique*, par sténose, pourrait entraîner le prolapsus du côlon transverse. L'abaissement de la grande courbure entraîne le prolapsus du côlon transverse et exerce une traction continue sur l'épiploon gastro-hépatique, ce qui amène l'abaissement du foie et du rein droit.

Inversement l'*entéroptose primitive*, admise par Glénard, et due suivant lui aux traumatismes, aux efforts violents, à la compression de la taille, surtout à la constipation prolongée, pourrait être le point de départ de l'abaissement de l'estomac et du foie, ainsi que du déplacement du rein.

Causes spéciales à la femme. — Bien que réduites à deux, ces causes sont de beaucoup les plus fréquentes :

1° Le *corset* immobilise et déforme, ainsi que cela a été indiqué plus haut ;

2° Pendant la *grossesse* il se produit une ampliation de la paroi abdominale, qui, cessant brusquement après l'accouchement, favorise le relâchement de tous les viscères abdominaux.

D'ailleurs à l'influence de la grossesse se combine souvent celle de la compression exercée par le corset.

Les ptoses d'origine puerpérale succèdent ordinairement à plusieurs grossesses.

Dans certains cas, le relâchement de la paroi abdominale est extrêmement prononcé. Il se forme une vaste poche abdominale où retombent les intestins et même la grande courbure de l'estomac. Le foie et le rein droit sont abaissés. Enfin, l'effondrement du plancher pelvien peut intervenir également et déterminer le prolapsus des organes du petit bassin.

A ces deux causes principales peut-être convient-il d'en ajouter une troisième intervenant plus rarement, c'est l'*intervention chirurgicale sur les organes utérins*, susceptible d'entraîner les ptoses par différents mécanismes : relâchement du plancher pelvien, de la paroi abdominale, asthénie nerveuse.