

L’Estomac et le Corset

Eugène Chapotot

LU AVEC LIREGRATUITEMENT.COM

Livre libre de droits, lisible gratuitement en ligne et en quinze minutes par jour.

Chapitre 1

L'origine du corset se perd dans les temps les plus reculés. Avant de parvenir à sa forme actuelle, il passa par bien des phases que Bouvier divise en cinq époques :

1 Antiquité : bandes, fasciæ ;

2 Premiers siècles de la Monarchie française, ou une grande partie du moyen âge : période de transition où l'on abandonne complètement les bandelettes romaines ; commencement des corsages justes au corps ;

3 Fin du moyen âge, commencement de la Renaissance : adoption générale des robes à corsage serré, tenant lieu de corset ;

4 Corps baleinés, du milieu du xvi siècle à la fin du xviii ;

5 Corsets modernes. Il n'est pas sans intérêt de connaître les variations que subit cet appareil. Sans chercher à redire dans tous ses détails l'histoire du corset, ce que tant d'autres ont fait avec succès, nous nous bornerons à montrer qu'il fut, sous diverses formes, connu de tout temps et sévèrement jugé.

Les littératures grecque et romaine nous donnent des preuves multiples de l'existence de ceintures plus ou moins serrées. Mais aucun monument de l'antiquité, aucune œuvre artistique, aucun texte des anciens n'établit la moindre apparence de l'emploi du corset proprement dit dans l'habillement des femmes grecques et romaines.

Dans le Musée des Antiques on ne trouve rien qui ressemble au corset moderne.

Homère, décrivant la toilette que portait Junon lorsqu'elle voulut séduire Jupiter, dépeint les deux ceintures qui « dessinaient amoureusement la taille de la déesse ».

Dans le dialogue des Amours, Lucien, parlant des tuniques trop transparentes de ses contemporaines, ajoute : « Sous ce vêtement, tout se voit mieux que le visage, excepté les seins qui tomberaient en avant d'une manière difforme s'ils n'étaient constamment retenus prisonniers. »

Ces ceintures prirent d'ailleurs des noms très variés : μίτρα, synonyme dans la haute antiquité grecque de στρόφιον. Dans Homère, c'est un ceinturon à l'usage des guerriers, mais aussi c'est une ceinture de femme, d'où l'expression μίτραν λύειν, délier la ceinture. Le στρόφιον ou stethodesmion et la μίτρα se rattachent tous deux à l'idée d'enveloppement (στρέφω, tourner, pour le premier ; mithra, mot zend et persan très antique dérivé du radical zend, MI : couvrir, envelopper).

La fascia et la tœnia romaines (mastotenion) font aussi allusion à l'enroulement.

On appelait encore ces ceintures : zona, castula, fasciæ mamillares, cingulum, thorax. Les auteurs anciens nous fournissent les indications de ces divers appareils.

Inflatum circa fascia pectus eat,

dit Ovide dans son Art d'aimer (Cap. III).

« Pour soutenir dans sa beauté la croissance naturelle de la taille et pour l'empêcher de tomber, dit Weiss dans son livre des Costumes, les anciens faisaient usage d'une bande plus ou moins large, στρόφιον. Elle servait d'une part à maintenir la poitrine dans sa position juvénile, et d'autre part elle remplissait les conditions d'un véritable bandage de ce corps. Cette bande donna plus tard l'idée de l'établissement de véritables rembourrages. »

Nous lisons d'autre part dans Becker : « Serrer autour du corps un corset, pour changer la taille naturelle en un efflanquement outre nature, c'est une idée que les anciens n'ont jamais eue ; une taille de guêpe eût été pour eux une abomination ; seulement, pour élever la poitrine et pour circonscrire ce qu'ils appelaient le nimius tumor, on appliquait une bande pectorale (strophium ou mamillare). » Il en est question chez Apulée :

Tœnia quoque quâ décoras devinxerat papillas.

Et chez Martial :

Fascia crescentes dominæ compesce papillas,
Ut sit quod capiat nostra tegatque manus.

La fascia n'est pas la même que la tœnia. Elle s'appliquait pour circonscrire la poitrine dans sa croissance et la limiter. Térence en parle, Varron aussi. Quant au strophium, il se plaçait par dessus la tunique intérieure, comme on le voit dans les fragments de Turpilius :

Me miseram ! Quid agam ? Inter vias épistola cecidit mihi,
Infelix, inter tunicam ac strophium quam collocaveram.

Ce strophium semble avoir été en cuir :

Taurino poteras pectus constringere tergo,
Nam pellis mammas non capit isla tuas.

Il était probablement souple :

Tereti strophio luctantes vincta papillas.

Alcimus Avitus nous signale le zona :

Contineat lumbos pretiosi zona pudoris.

Virgile parle du cingulum :

Aurea subnectens exsertæ cingula mammæ.

Alexis d'Athènes nous offre un passage intéressant au milieu d'une description de l'art employé par les courtisanes de la Grèce pour voiler leurs défauts physiques : « Son ventre est-il trop gros ? Au sein postiche qu'elle se met on adapte des supports droits qui le resserrent et le repoussent en arrière. »

C'est la naissance du busc.

Ainsi donc les langues mortes classiques ne font allusion qu'à l'entourage, à l'enveloppement des seins. Le corps ou buste n'y est pas une fois signalé, tandis que les langues vivantes font toutes sur ce point allusion à lui : en allemand, Leibchen ; en anglais, Bodice ; en italien, Giubba ou Busto, expressions signifiant toutes, comme en français, corset ou petit corps.

Est-ce à dire que les femmes de l'antiquité ne se serraient pas ? Loin de là, et les preuves en abondent. Avant tout, il ne paraît pas que Grecs et Romains aient jamais eu le goût prononcé

des Orientaux de nos jours pour le développement excessif des seins. Voici un vers qui fait à cet égard l'éloge d'une Romaine :

Non annosa, non mammosa, non bibosa, non procax.

Ni vieille, ni mamelue, ni buveuse, ni provocante.

Ovide, Martial et la plupart des auteurs anciens recommandent aux femmes d'éviter de prendre de l'embonpoint et les engagent à se serrer pour y parvenir. Mais combien d'autres se plaignent de l'excès de cette constriction ! Térence condamne ce goût contre nature, et plus tard Galien dira : « C'est surtout chez les jeunes filles qu'il nous est donné de voir sans cesse se produire cet effet (déformation)... Elles mettent des bandes qu'elles serrent fortement sur les omoplates et tout autour de la poitrine, et comme la pression qui en résulte est souvent inégale, le thorax devient proéminent en avant, ou la région opposée devient gibbeuse. »

On trouve dans les travaux de Broussonnet, de Chevalier, de Friedlœnder de précieux renseignements sur les idées grecques et romaines à cet égard ; ils pensent unanimement que les femmes de ces deux grands peuples se serraient peu. Il semble toutefois que ces idées n'étaient point partagées par telle ou telle autre race européenne, aux mêmes époques : nos dignes mères, les fines Gauloises, malgré la primitivité de leur civilisation, n'ont pas échappé aux reproches des graves Romains sur la tendance à serrer la taille. Plusieurs textes le prouvent.

Pendant les premiers siècles de la Monarchie française et une grande partie du moyen âge, les bandelettes gréco-romaines furent abandonnées et bientôt remplacées par des corsages plus ou moins justes au corps. C'est une période de transition qui

nous amène à la fin du moyen âge. Le corset n'était alors qu'une cotte, dite hardie, se moulant exactement sur le thorax sans exercer de compression. Même à la Renaissance, le corset n'existe pas ; il faut en reporter l'origine jusqu'au temps de Henri II. Sous le règne de François I, le vêtement appelé alors corsetus, corsatus, cursetus, corsellus n'était qu'une camisole ou une robe se mettant sur la chemise, ou même les robes étroitement adaptées. On n'y voit ni tiges de bois, ni lames de fer, mais souvent elles sont au nombre de deux superposées, très ajustées, cousues ou lacées par derrière. Cette mode avait existé sous le règne de Louis IX. C'est plus tard seulement que vinrent s'y joindre les buscs, si bardés de fer que les femmes enceintes en étaient fort incommodées, et qu'il fallut les interdire par une loi somptuaire. (Vecellio, de la famille du Titien.)

Tous les auteurs sont d'accord pour attribuer à Catherine de Médicis l'importation du corset à busc. Ce fut en 1532 qu'elle l'introduisit d'Italie en France. C'était une véritable cuirasse, un étui rigide qui ne tenait aucun compte des lignes du corps, « qui lui imposait une forme de convention et s'opposait aux variations de forme, de situation, de volume des organes ». Garnis d'abord de buscs de bois ou d'ivoire, ils furent armés plus tard de baleines et de plaques de fer. La forme de ces buscs varia beaucoup, à en juger par les plaintes de Montaigne sur la versatilité de la mode qui, après avoir fait porter le busc « entre les mamelles, l'a fait descendre, quelques années après, jusques entre les cuisses ».

Cette coutume des corsets existait déjà en Angleterre au XIV siècle, comme l'indique ce passage du livre du chevalier de la Tour Landry : « Ce furent celles (les Anglaises) qui premièrement

admenèrent cest estat en Bretaigne des grands pourfilz et corsés fendus ès costez. »

Cette mode dura jusqu'à la Révolution, qui « balaya tous ces vêtements, insignes de coquetterie, de richesse, de faste insolent. Les corsets à baleines disparurent à peu près complètement pendant quelques années ».

Pendant la Révolution, alors qu'on essaya de ressusciter les costumes grecs, le corset sembla devoir disparaître. Les dames mirent en usage un petit corset souple, dit « à la paresseuse », sans buscs ni baleines, qui n'avait d'autre mission que de protéger et de maintenir « sans entrave ni douleur ». Il s'attachait tout simplement par quelques rubans dans le dos.

On voit le corset reparaître sous l'Empire. On le connaît : la taille se dessinait très haut, au-dessous des seins. Cette mode persiste chez les paysannes de la Bresse et de quelques cantons suisses.

Vers la fin du règne de Napoléon I, quelques femmes voulurent faire revivre la mode du corset très serré, mais durent céder devant l'opposition de M de Longueville soutenue par l'Impératrice. C'est ainsi que plus tard l'impératrice Eugénie enceinte essaya, en vain, de le démoder.

Pendant la Restauration, le corset fut très serré, muni de buscs, lacé par derrière.

Enfin, vient le corset moderne, plus ou moins perfectionné, dont nous parlerons plus tard.

Les femmes de l'Inde emploient un corset fort simple, qui a pour but de conserver la forme sphérique des seins. Elles se

servent d'un tissu souple, élastique, fait avec l'écorce d'un arbre. On donne à ce tissu la forme des seins, de sorte qu'ils sont renfermés dans une espèce d'étui, de couleur assortie à la nuance de la peau. L'étoffe en est si élastique, si fine, qu'il est difficile de la distinguer de l'organe qu'elle voile ou protège.

« Le corset des femmes sardes est bien conçu selon le vœu de la nature. Des lacets en retiennent les parties égales et similaires dans le dos, formant ainsi une sorte de plastron rigide de la ceinture jusqu'au niveau des épaules. À partir des creux axillaires, les bords s'abaissent en se courbant jusqu'au-dessous des seins, qui, par ce fait, sont soutenus et non comprimés. Une chemise légère, qui en laisse voir la forme, les voile simplement. C'est grâce aux dispositions logiques de leur corset que les seins des femmes sardes, célèbres déjà dans l'antiquité, acquièrent un développement magnifique et qu'elles sont réputées bonnes nourrices ».

Ces différentes modes, ou plutôt leurs excès, furent de tout temps l'objet de critiques dont nous avons trouvé de très nombreux exemples chez les Grecs et les Romains.

Dès leur apparition, les corps à baleines de Catherine de Médicis soulevèrent le blâme des hommes les plus éclairés. Riolan, premier médecin de Marie de Médicis, Roderic a Castro (Hambourg 1600), A. Paré s'efforcèrent d'en démontrer les inconvénients.

« Par trop serrer l'estomach et les parties dédiées à la respiration, on est cause d'une suffocation et mort subite », dit A. Paré. Et plus loin, il raconte la mort d'une dame de la cour, tombée dans le marasme à la suite « de vomissements répétés des aliments », dus à la pression de l'estomac par un corps à baleines

appuyant tellement sur les fausses côtes qu'il les trouva, à l'ouverture du cadavre, « chevauchant les unes par dessus les autres ».

Montaigne nous apprend que les corps produisaient souvent de profondes escoriations : « Pour faire un corps bien espagnolé, quelle géhenne ne souffrent les femmes, guindées et cenglées, à tout (avec) de grosses coches sur les costés, jusques à la chair vive. Oui, quelquefois à en mourir ! »

Riolan, Winslow, Van Swieten, Sœmmering, Buffon, J.-J. Rousseau tour à tour s'élevèrent contre cette barbare coutume.

Malheureusement, tous les avertissements furent vains ; les édits royaux eux-mêmes restèrent sans effet. La mode et l'aveuglement des femmes l'emportèrent toujours sur la raison. Depuis lors, tous les hygiénistes se sont élevés contre les abus du corset. Il nous faudrait de longues citations pour épuiser les polémiques soulevées par cette question depuis un siècle passé. Qu'il nous suffise de rappeler les travaux de Hourman et Dechambre, de Corbin, de Vaissette, Layer, Mongeri, Bonsergent, Michel Lévy, ceux de tous les hygiénistes modernes et de la plupart des anatomistes. On trouvera la bibliographie de ces études à la fin de ces pages.

Or, parmi de si nombreux travaux sur le corset, nous trouvons peu de chose concernant notre sujet, c'est-à-dire son action sur l'estomac. Depuis quelques années pourtant on commence à préciser les éléments de cette étude. En France, citons Corbin, Lévy, Bouveret et quelques autres, rares. C'est surtout en Allemagne que l'on trouve des notions plus précises sur ce point ; elles sont

dues à Boas, Ewald, Rosenheim, Ziemssen, dont les noms reviendront maintes fois dans ce travail.

Chapitre 2

Il serait impossible d'aborder la partie clinique de ce travail sans avoir des notions précises sur l'anatomie et la topographie normales du thorax et de l'estomac.

Du thorax nous rappellerons simplement les dimensions et la forme physiologiques.

On admet généralement qu'il est plus court et plus large chez la femme. Mais, comme le dit M. Charpy, « ce n'est pas chose facile de trouver des poitrines de femmes, à partir de 25 à 30 ans, qui ne soient pas déformées par le corset ou les vêtements ».

Cruveilhier et Sappey font remarquer la brièveté du sternum de la femme. Des recherches de M. Charpy, il résulte que la poitrine de la femme est aussi large, mais moins développée en épaisseur que celle de l'homme. Son indice est plus élevé, son angle xiphoïdien plus ouvert. « De toutes manières, ajoute-t-il, je suis porté à croire que les différences sexuelles sont bien moins grandes que ne l'ont dit plusieurs observateurs, quand ils affirment que la femme est naturellement conformée pour respirer par le type costo-supérieur. »

L. Merlin écrit que la courbe du cône thoracique s'élargit rapidement de la première à la troisième ou quatrième côte, puis lentement et progressivement de celle-ci à la huitième ou neuvième,

et se rétrécit ensuite, mais d'une manière insensible, au niveau des dernières (fig. 1) ; il donne comme diamètres transverses :

Chez la femme, ces deux dernières moyennes doivent être abaissées de plusieurs centimètres.

P. Sebileau donne les mensurations suivantes :

Circonférence inférieure 70 chez la femme, 79 chez l'homme, d'après Malgaigne. Le diamètre transverse serait de 28, avec 3 en moins chez la femme. Il admet comme forme normale du thorax un cône à base inférieure.

Nous avons très exactement mesuré cent thorax de femmes de 17 à 60 ans ; nous avons trouvé les moyennes suivantes :

Ce qui ramène, sur le sujet revêtu des parties molles, les diamètres moyens à ceux-ci :

FIGURE 1 (D'APRÈS BOAS).
THORAX ET ESTOMAC NORMAUX
- - - - - BORD INFÉRIEUR DU FOIE.
_____ DIAPHRAGME.
G GROS INTESTIN.

D'après ces données, le thorax se compose donc de deux cônes, juxtaposés par leurs bases, et non d'un cône unique à base inférieure. Ce n'est certes pas un type physiologique pur ; c'est simplement un type moyen que l'on peut prendre en considération, puisqu'il est établi d'après cent thorax de femmes, dont quelques-unes seulement se sont beaucoup serrées. Bien peu, sur ce nombre, avaient un thorax vraiment normal.

Quant à l'indice thoracique, il est de 140 à 150, d'après Charpy. Il nous reste à signaler l'angle xiphoïdien, si bien étudié par lui. « Cet angle mesure, chez l'homme adulte, et la valeur de la poitrine et, par elle, celle de l'énergie physique qui est si étroitement liée à la puissance du souffle thoracique. » Il rappelle l'importance de la base de la poitrine où se trouvent, avec la plus grande largeur du poumon, sa plus grande activité de fonctionnement ; c'est là que se trouvent et le diaphragme et l'insertion des muscles abdominaux. Sur deux cents sujets M. Charpy a mesuré cet angle, délimité par les cartilages des fausses côtes et dont le sommet est à l'appendice xiphoïde. Il mesure chez l'homme 70, chez la femme 75. On comprend la valeur de la notion de cet angle pour apprécier le degré de déformation imposée au thorax par la constriction.

Nous ne pouvons quitter cette brève étude du thorax sans transcrire une page intéressante du nouveau livre de M. Charpy. L'auteur, après avoir récusé les types de thorax féminin édifiés par Bouvier, en admet trois :

« 1 — Le type large, carré, ayant la transversalité du thorax mâle, des épaules bien entablées, une taille pleine, les seins plutôt en disque étalé. À diamètre transverse égal, il a plus d'étendue de l'avant, un indice conséquemment plus faible, vers 140, un angle xiphoïdien largement ouvert à 80, une capacité thoracique plus considérable. C'est le type des grandes déesses antiques, c'est celui des Toscanes, des Ligures, des Romaines du Transtevere ;

« 2 — Le type rond, avec des formes très tournantes et potelées, type plus fin, plus sexualisé, plus rare. À l'inverse de ce que l'on pourrait croire, son diamètre antéro-postérieur qui paraît si

saillant est moindre que dans le type large, mais plus détaché et en valeur ; son indice est plus élevé, vers 150, son angle xiphoïdien plus faible, vers 70° ; c'est une poitrine plus petite, plus repliée. Je lui rapporterai plus volontiers les Vénitiennes, les blondes ;

« 3 — Enfin, un type long, qui a probablement autant d'ampleur totale que les autres. Je crois le retrouver dans les Anglaises, les Arlésiennes, les brunes aux épaules tombantes, au port élégant et gracieux. » Nous verrons plus tard ce que deviennent ces types sous l'action du corset.

Nous bornons l'étude de l'estomac aux points suivants :

1 Direction. Axe de l'estomac.

2 Situation de ses divers segments. Leurs rapports.

3 Moyens de fixation. Déplacements physiologiques.

1. — DIRECTION. AXE DE L'ESTOMAC.

On décrivait autrefois l'estomac comme horizontal. Aujourd'hui on le croit presque vertical. Quelques auteurs admettent sa verticalité complète. C'est ainsi que pense Fromont. Il s'est basé sur quarante autopsies comprenant trois femmes, douze à quinze enfants et environ vingt-cinq hommes. Sur ces quarante autopsies, il a vu l'estomac :

Il prétend que l'estomac est tout entier dans l'hypocondre gauche, « dont il ne dépasse jamais les limites du côté de la ligne médiane ». Le pylore serait à gauche de la colonne vertébrale.

Sans mettre en doute l'exactitude des observations de Fromont, nous ferons remarquer que sur quarante sujets il a eu près de vingt femmes ou enfants chez qui l'estomac est beaucoup plus vertical que chez l'homme adulte ; restent donc environ vingt à vingt-cinq hommes ; or, chez vingt de ses sujets l'estomac n'était pas vertical, mais oblique et même horizontal.

D'ailleurs, la majorité des anatomistes modernes s'accorde à le considérer comme très oblique (fig. 2), la verticalité complète étant une exagération de la situation normale. Pour les auteurs allemands, les 3/4 sont à gauche de la ligne médiane, 1/4 à droite (5 sixièmes à gauche, 1 sixième à droite pour Beaunis et Bouchard). (Fig. 1 et 3.)

FIGURE 2 (D'APRÈS ZIEMSSEN)
MOULE EN PLÂTRE D'UN ESTOMAC NORMAL.

Le grand axe se déduit de la situation respective de ses deux orifices.

Le cardia se trouve au niveau des sixième ou septième cartilages costaux gauches et du corps de la onzième vertèbre dorsale.

Le pylore est à la hauteur de la septième ou huitième côte droite (fig. 1 et 3).

Il est facile, menant une ligne entre ces deux points, de connaître l'axe de l'estomac, mais non son grand axe qui part du milieu de la grosse tubérosité et qui est oblique en bas, à droite, plutôt en avant qu'en arrière.

2. — SITUATION DES DIVERS SEGMENTS. LEURS RAPPORTS.

ESTOMAC NORMAL, INSUFFLÉ

- - - - - Bord inférieur du foie.

Obrastzow, par des lignes horizontales, divise en trois parties égales l'espace compris entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic. Ce sont de premiers points de repère commodes. D'autre part, verticalement, on peut diviser l'espace compris entre les deux aisselles en six régions délimitées par les lignes verticales suivantes, pour chaque moitié du thorax : axillaire, mamillaire, parasternale, sternale, l'avant-dernière étant à égale distance entre la mamillaire et la sternale. Le champ d'exploration de l'estomac est ainsi réparti en une série de repères qui en facilitent la description et l'examen.

Les divers points de l'estomac à délimiter sont (fig. 1 et 3) :

A. — De la limite supérieure nous éliminons le cardia, qui nous est connu. Quant à la petite courbure, elle est entièrement cachée sous le lobe gauche du foie et inaccessible à la palpation. Elle se trouve sur une ligne allant du corps de la onzième vertèbre (cardia) à la septième ou huitième côte (pylore). Elle est très légèrement courbe.

B. — La limite gauche, grosse tubérosité, est souvent difficile à délimiter, quand la rate normale ne donne qu'une matité insignifiante ou même nulle. L'angle gauche du côlon vient souvent s'interposer dans l'hypocondre gauche et rend plus délicate encore l'investigation, sauf quand l'estomac est insufflé.

Cette partie (fundus des Allemands) est appliquée intimement au diaphragme ; elle va de droite à gauche, en partant du cardia, horizontalement d'abord et même un peu en haut, puis rejoint verticalement la grande courbure. Son point le plus élevé se

trouve au niveau du quatrième espace intercostal. Jusqu'au septième espace elle est recouverte par le poumon, dont elle suit les oscillations. Elle est donc inaccessible, entièrement cachée sous les côtes.

C. — La limite droite, pylorique, dont nous connaissons la situation, à la hauteur de la septième ou huitième côte, est à cinq centimètres à droite de la ligne médiane, sur la ligne parasternale droite, à son entrecroisement avec la ligne sous-xiphoïdienne d'Obrastzow. Elle est recouverte par le foie et se trouve à peu près sous la vésicule biliaire. L'artère hépatique et le tronc de la veine porte sont derrière le pylore.

D. — La limite inférieure, grande courbure, est la plus importante à délimiter, avec la précédente.

Obrastzow place le bord inférieur de l'estomac dans le tiers supra-ombilical de ses divisions. Boas limite son point le plus bas sur une ligne horizontale passant par la neuvième ou la dixième côte, à trois ou quatre centimètres en amont de l'ombilic. Son point le plus élevé serait à la cinquième côte. Contrairement à l'opinion de Fromont, nous croyons qu'au lieu d'être verticale, la grande courbure décrit une courbe d'abord presque verticale et cachée sous les côtes gauches, puis oblique à droite et en bas et remontant enfin à droite pour rejoindre le pylore.

Elle n'est en rapport avec la paroi abdominale que dans cette dernière portion, à partir de la neuvième ou dixième côte, jusqu'au niveau du foie, comme le montre la figure 1, c'est-à-dire : verticalement, entre les lignes mamillaire gauche et parasternale droite ; horizontalement au niveau de la première ligne supra-ombilicale d'Obrastzow.

Cette courbure est en rapport avec le côlon transverse sur lequel en quelque sorte elle repose, lui imprimant sa forme (fig. 1). À gauche, elle confine à la rate.

Nous bornons ici l'étude des rapports de l'estomac, négligeant à dessein tous ceux qui n'ont aucun intérêt pour notre thèse.

Rappelons enfin l'étroite relation du foie avec la paroi thoracique, dont il suit exactement tous les mouvements, toutes les déformations. Il recouvre l'estomac par son lobe gauche.

M. F. Glénard a décrit avec un grand luxe de détails les divers moyens de fixation de l'estomac et de l'intestin. Nous n'avons garde de répéter ce qu'il a si bien décrit. Nous rappellerons simplement, d'après lui et quelques autres anatomistes, ce qui a quelque utilité pour notre étude.

Le point le plus fixe de l'estomac est le cardia, bien que les Allemands le croient capable de quelques déplacements dans la dislocation en masse de l'organe.

La grosse tubérosité participe à cette fixité ; elle est solidement unie au diaphragme « par l'adhérence, dit Boas, de la séreuse de l'estomac avec le revêtement péritonéal du diaphragme ».

Un second point relativement fixe, c'est le pylore, ou plutôt, comme le dit M. Glénard, l'orifice gastro-duodénal situé un peu après lui. En effet, d'après les plus récentes recherches, le pylore est un peu mobile. S'il est attaché au côté des corps vertébraux, c'est par l'intermédiaire de la portion du duodénum auquel il est immédiatement suspendu. D'ailleurs, le plus sûr moyen de suspension du pylore, c'est le ligament gastro-hépatique, s'étendant

du cardia au pylore en formant une large lame solidement unie au sillon transverse du foie. Ainsi donc le foie, adhérent au diaphragme et aux côtes, et l'estomac, forment en quelque sorte un tout ; les déplacements de l'un retentissent sur l'autre. « L'estomac est très fixe, dit Cruveilhier ; on peut dire que la plupart de ses changements de rapport sont consécutifs aux déplacements et aux changements de volume des organes avec lesquels il est en connexion. »

Le pylore est donc capable d'exécuter quelques excursions, surtout en bas. Elles sont, d'un avis unanime, très modifiées par l'état de son contenu, comme l'a bien observé Braune sur des cadavres dont les organes étaient maintenus en place par la congélation.

Pour mémoire, signalons les ligaments, sans intérêt pour nous, gastro-splénique, pancréatico-gastrique, gastro-colique. Chacun d'eux pour sa part contribue à maintenir l'estomac plus ou moins fixe.

La grande courbure est la partie la plus mobile de l'estomac ; elle se déplace en s'insinuant entre les deux feuillets du grand épiploon ; l'axe de ses mouvements est sur la partie fixe de l'organe : cardia, petite courbure, pylore, autour de laquelle en quelque sorte elle pivote.

Chapitre 3

Nous abordons un des points les plus importants de cette étude. Nous connaissons très exactement la topographie normale de

l'estomac ; nous savons ses limites précises ; il est de la plus indispensable utilité de pouvoir sur le vivant déterminer ses contours et sa situation. M. Bouchard affirme que par l'exploration on doit pouvoir connaître exactement le nombre de centimètres que mesure un estomac. Cette opération terminée, le diagnostic est bien plus facile. Aussi insisterons-nous longuement sur les diverses méthodes d'exploration de cet organe.

Nous décrirons :

I. La palpation ;

II. Le clapotage ;

III. La percussion ;

IV. L'insufflation.

La palpation de l'estomac, dit Boas, est une méthode précieuse, source fertile en résultats pratiques. Elle est la quintessence de toutes les tentatives diagnostiques, et, comme telle, indispensable. Mais, ajoute-t-il, elle dépend de la plus ou moins grande subtilité personnelle des doigts (persoenliche Fingerfertigkeit). Sans lui attribuer une aussi grande importance, nous croyons que, bien faite, elle est souvent utile ; par la palpation on peut, surtout quand il s'agit de vastes estomacs prolabés avec rétention alimentaire, arriver à dessiner leurs contours et même à déterminer la position du pylore. Il nous souvient d'une femme du service du docteur Bouveret, chez laquelle l'estomac descendait jusqu'au pubis ; le pylore étant situé à peu près au niveau de l'ombilic, il en résultait une vaste poche où séjournaient plusieurs litres de résidus alimentaires. On avait pu exactement déterminer les contours de cette lourde poche et préciser la position du

pylore. Ce diagnostic était facilité par le péristaltisme de l'organe ; sous l'influence de la palpation et surtout de légères percussions, on le voyait onduler sous la paroi et dessiner ses contours ; en même temps il devenait en quelque sorte plus rigide, plus facilement perceptible à la palpation.

Elle fournit en outre de précieux renseignements sur la situation des organes voisins et l'on doit à ce propos y faire rentrer le « procédé du pouce » de Fr. Glénard.

Boas a donné une technique très méthodique de la palpation de l'estomac ; nous nous inspirons de ce qu'il décrit et de ce que nous avons vu pour donner les règles de cette méthode d'exploration.

Le point essentiel est d'obtenir un relâchement aussi complet que possible des parois abdominales, ce qui n'est pas toujours facile. La meilleure position est assurément le décubitus horizontal, le buste à peine élevé. On peut faire fléchir les genoux et les cuisses pour mettre les muscles au repos. Ce moyen n'est pas toujours efficace ; mieux est de distraire la pensée du malade, de le détacher de l'examen qu'on lui fait subir ; il faut donc lui faire des questions étrangères à sa maladie et à la recherche dont il est l'objet. On l'invite à respirer « court et fréquemment ».

Les mains qui explorent ne doivent pas avoir une trop grande différence de température avec la peau de l'abdomen ; une main froide provoque un réflexe qui fait contracter les muscles. Il va de soi que le début de l'exploration sera fait avec la plus grande douceur, pour éviter cette même réaction musculaire, véritable mouvement de défense qui rend la paroi rigide, impénétrable. Une pression faite avec douceur, légèreté, pénétrant profondément

avec une progression lente, est toujours sûre d'atteindre son but. Nous insistons sur ces détails ; ils ont une réelle utilité, car les résultats de la palpation en dépendent absolument.

Après avoir palpé, à partir de l'épigastre, successivement les diverses régions de l'abdomen, on reprend méthodiquement la palpation des organes importants : foie, rate, côlon, rein, suivant en cela les procédés si bien décrits par M. Glénard ; on cherche à déterminer les contours de l'estomac, sa situation, celle du pylore.

Normalement, on ne sent rien. Mais cette exploration fournit d'autres renseignements concernant l'état de sa sensibilité, la résistance même de ses parois ; on provoque souvent des gargouillements ou autres phénomènes acoustiques d'une certaine importance. Il est bon de s'aider, pour ces diverses recherches, non seulement de l'extrémité des doigts portés en différents sens, mais encore du bord cubital de la main qui, lorsque l'estomac est plein de liquides ou d'aliments, peut sentir nettement les contours de sa grande courbure.

Ajoutons que, pour tirer de cette méthode tout ce qu'elle peut donner, il faut parfois un adjuvant qui est aussi très utile, souvent indispensable, même pour la percussion : c'est l'insufflation, ou encore le remplissage de l'estomac avec un liquide.

Enfin, les variations de position du malade (décubitus latéral, station verticale) peuvent être des corollaires de cette exploration.

La recherche du clapotage est faite par une sorte de palpation. Avec l'extrémité des doigts réunis, ou mieux avec le bord cubital de l'extrémité de la main, on imprime à la paroi stomacale de

brefs mouvements : c'est une sorte de fustigation faite sur l'estomac sans détacher la main de la paroi. En même temps, on maintient avec la main gauche la partie opposée de l'estomac pour qu'elle ne fuie pas devant la main qui palpe. Cette petite opération est répétée sur les diverses régions de l'estomac, principalement au niveau de sa grande courbure et de son grand cul-de-sac dans l'hypocondre gauche. Les résultats obtenus sont les suivants :

Toutes les fois que l'estomac contient une quantité déterminée de liquide, la palpation, faite suivant les règles que nous venons d'indiquer, provoque un bruit de clapotement caractéristique.

Quand l'estomac est normal (nous supposons la paroi abdominale suffisamment souple pour se prêter à l'exploration), le clapotement ne descend pas jusqu'à l'ombilic, tout au moins ne le dépasse pas. S'entend-il au-dessous de l'ombilic ? Il s'agit d'une anomalie de position, de forme ou de dimensions de l'estomac.

D'autre part, celui-ci étant primitivement vide, si l'on fait ingérer, d'après Boas, une centaine de grammes d'eau à un homme ayant un estomac normal, on ne produit pas le clapotement, même, dit-il, si la paroi abdominale est amaigrie. Il se produit, au contraire, même avec une moins grande quantité de liquide, s'il y a une ectasie. Il est évident que, sans parler de la résolution de la paroi abdominale, nécessaire pour que cet examen soit fructueux, celui-ci est plus facile encore quand il y a un relâchement ou un amaigrissement marqué de cette paroi. Le bruit produit est parfois très intense, perçu à une assez grande distance, surtout quand il y a dans l'estomac un mélange de gaz et de liquides. D'autres fois le clapotement est sourd, profond ; mais il est rare qu'on ne puisse arriver à le provoquer, s'il existe même une mi-

nime quantité de liquide ; souvent on le perçoit alors que la pompe stomacale ne peut rien retirer. C'est donc bien un procédé précis pour déceler la présence d'un liquide dans l'estomac, procédé plus sûr parfois que la sonde elle-même. De plus (c'est le point qui nous intéresse davantage), c'est un moyen assez exact de déterminer approximativement les dimensions et la situation de l'estomac ; M. Bouchard en est convaincu. Pour cela il faut procéder de bas en haut (de haut en bas, d'après M. Bouchard). Fustigeant alors la paroi en montant peu à peu, on arrive au point précis où clapote l'estomac ; après avoir fait cette exploration horizontalement, on la fait verticalement. Une palpation faite légèrement, avec le bout des doigts, peut également avoir ici son utilité. M. Bouchard insiste sur la nécessité de « poursuivre le clapotage jusqu'à ce qu'il disparaisse de haut en bas et de gauche à droite, et d'établir ainsi ses limites par la détermination de deux lignes, tracées sur les confins de la zone où l'on observe le clapotage : l'une de ces lignes étant horizontale, l'autre verticale, parallèle à la ligne médiane, est située à droite de cette ligne. »

Il est bon de se rappeler que le côlon transverse peut clapoter ; si l'on ne peut déterminer à quel organe, estomac ou côlon, appartient le clapotage, on a une dernière ressource : gonfler artificiellement l'estomac ; s'il lui appartient, le clapotage cesse par cette opération, et réciproquement. Laissant ensuite échapper l'air insufflé, on voit reparaître le clapotage.

On peut s'aider avantageusement, dans ces recherches, du procédé connu de la succussion. Celle-ci, d'après M. Bouchard, ne fournit pas de signe « certain ; elle peut amener le bruit de flot

dans un estomac normal, et d'ailleurs elle ne peut révéler les dimensions de la dilatation ».

Donc l'étude du clapotage est précieuse à deux points de vue : elle permet de déceler la présence dans l'estomac d'une quantité de liquide parfois minime et que ne peut extraire la pompe ; elle donne une approximation suffisante des dimensions de cet organe et même de sa forme générale. Obrastzow et, après lui, Boas et Bouchard ont insisté sur l'utilité de ce mode d'examen pour délimiter la « grandeur et la situation de l'estomac ».

Nous passons sous silence ce qui a trait à l'auscultation ; elle trouvera mieux sa place dans l'étude clinique.

La percussion fut longtemps considérée comme la méthode la plus parfaite pour déterminer exactement la situation de l'estomac. Elle ne rend pourtant pas tous les services que l'on attend d'elle, à moins de lui adjoindre l'insufflation de l'estomac, dont nous parlerons plus loin. Seule, néanmoins, elle est de quelque utilité et doit marcher de pair avec la recherche du clapotage ; nous l'étudierons donc avec quelques détails, d'autant plus que ces règles s'appliqueront aussi à la percussion de l'estomac insufflé. Le malade sera étendu sur le dos, dans un abandon complet de tout le corps, les muscles abdominaux au repos, suivant les règles que nous avons indiquées à propos de la palpation.

Il sera parfois utile de faire mettre le patient successivement en diverses positions, pour obtenir le déplacement des liquides et des gaz de l'estomac.

C'est avec un seul doigt que l'on percute, mettant à profit les préceptes de la percussion générale. La percussion doit être ici surtout superficielle, faite sans trop de force, afin de provoquer

seulement la sonorité de l'estomac. Trop énergique, elle perdrait toute précision.

Peut-on assigner au son stomacal un timbre, une tonalité à lui propres ? C'est, dit-on, un son clair, argentin, bien différent de celui que donne le côlon transverse ; d'autres le trouvent sourd, ou tympanique, ou métallique. Pas un n'est dans le vrai absolu : la région stomacale peut avoir l'une après l'autre ces différentes modalités de son ; elles dépendent de son état de plus ou moins grande vacuité ou de réplétion, et aussi de la qualité de son contenu (gaz, liquides, bouillie plus ou moins dense). Il faut attentivement tenir compte de ces caractères multiples si l'on veut arriver à un résultat précis.

Ne l'oublions donc point, le son stomacal est, comme le dit Boas, très changeant : « Pour en déterminer la qualité, ce n'est pas tant l'enveloppe de l'estomac qu'il faut considérer, mais bien plus son contenu. » Il faut tenir compte du temps écoulé depuis le dernier repas, afin de savoir approximativement ce que contient l'estomac.

Comme la palpation, la percussion nécessite le déplacement de la malade, surtout quand son estomac est rempli d'aliments, ou artificiellement d'eau, comme le recommandent Piorry et Penzoldt. Que peut-on délimiter par la percussion ? Les auteurs allemands conseillent de chercher à délimiter le bord supérieur, le bord inférieur, le bord gauche et le bord droit. Nous croyons impossible la délimitation de l'extrémité pylorique par la percussion ; il faut donc nous en tenir à celle des trois premiers bords. Toute la difficulté vient de leurs connexions intimes avec des organes sonores : poumon pour le bord supérieur, intestin pour l'inférieur.

Au niveau du foie, du cœur, de la rate même, la délimitation de l'estomac par la percussion est aisée. La différenciation de son est nette. Il n'en est plus de même au niveau du côlon transverse. Le son de ces deux organes est souvent difficile à distinguer ; on admet bien que celui de l'intestin est plus sourd ; il n'y a là rien d'immuable ; si ces deux organes sont remplis de gaz, la distinction est impossible. Il en va de même s'ils renferment tous deux des substances plus ou moins solides ou liquides.

En présence de telles incertitudes, si fréquemment renouvelées, il faut bien chercher à tourner la difficulté, d'autant plus que la délimitation exacte du bord inférieur de l'estomac est de beaucoup la plus importante. On aura recours aux procédés suivants :

1 Si l'intestin est dilaté par des gaz, on peut injecter de l'eau dans l'estomac, comme le font Piorry et Penzoldt. D'après ces deux auteurs, si l'on fait, à jeun, avaler un litre de liquide à un individu sain, la grande courbure atteint l'ombilic. Elle le dépasse plus ou moins dans l'ectasie.

Ils commencent par donner 250 grammes d'eau et délimitent la grande courbure ; puis ils donnent les trois autres quarts de litre en trois fois, explorant après chaque quart. Le litre entier ingéré, l'estomac normal n'atteint pas l'ombilic ; il le dépasse beaucoup s'il y a ectasie. Ils ajoutent que leur méthode permet encore de se rendre compte du degré de tonicité de la paroi de l'estomac. Dans l'atonie ou l'hypotonie, après l'ingestion d'un ou deux verres d'eau, l'estomac s'abaisse.

2 Si l'intestin et l'estomac contiennent des substances solides, on vide l'estomac. L'intestin contient-il des liquides ? Boas recommande de faire placer debout la malade : « Le liquide abaisse

l'intestin, et il se produit entre lui et l'estomac une zone intermédiaire de sonorité. »

Les déplacements du malade sont ici d'une grande utilité ; si l'estomac renferme spontanément ou artificiellement des liquides, on fait mettre debout la patiente, le liquide tombe sur la grande courbure et la percussion est alors facile à faire.

On parvient donc le plus souvent, à l'aide de quelques subterfuges, à délimiter la grande courbure. Il n'en est pas ainsi du bord supérieur. Celui-ci est contigu au poumon dont le son ne se différencie pas toujours bien nettement de celui de l'estomac. Pourtant, en général, les gaz que celui-ci renferme montent dans le grand cul-de-sac et donnent à la percussion une sonorité tympanique. Le bord inférieur du poumon n'a pas cette sonorité. Au besoin, on s'aiderait d'une légère insufflation stomacale. La détermination précise de cette région n'a d'ailleurs pas l'importance de celle de la grande courbure ; elle ne participe que très exceptionnellement aux déplacements de l'organe.

Quant à la délimitation du bord gauche de l'estomac, dont l'appréciation est à peu près indifférente, elle ne peut bien se faire que si la rate est un peu grosse et perceptible par la percussion.

Pour que ces diverses déterminations se fassent avec fruit, pour faire donner à la percussion tout ce qu'elle peut fournir, il est bon de la commencer par un des bords de l'estomac. Percutant, par exemple, d'abord le poumon gauche sur la ligne mamelonnaire, on descend peu à peu : si l'estomac est dans les conditions favorables que nous avons dites, l'oreille perçoit bien le changement de ton entre le poumon et lui. Puis on percute une

zone dont la sonorité ne se modifie plus, et enfin, descendant toujours, on trouve la sonorité colique plus sourde, plus grave, en général. Le crayon dermographique marque ces points extrêmes ; c'est la hauteur de l'estomac. On reprend la percussion du côté droit, de haut en bas, puis de droite à gauche, horizontalement. Par une percussion légère, une oreille exercée peut saisir les changements de tonalité.

On peut encore percuter sur des lignes verticales, en allant de gauche à droite ; on percute successivement sur la ligne axillaire gauche, sur les lignes mamelonnaire, parasternale gauche, sternale, parasternale droite, mamelonnaire droite. Le crayon ayant suivi pas à pas ces explorations, on a de la sorte une représentation à peu près exacte de la configuration stomacale.

Nous le répétons, les résultats sont si peu précis, que deux observateurs examinant l'un après l'autre le même sujet peuvent ne point s'accorder dans leurs délimitations. Il faut donc recourir à un procédé plus exact, le dernier que nous ayons à décrire, le plus sûr ; nous voulons dire : l'insufflation de l'estomac.

C'est d'Allemagne que nous vient la méthode de l'insufflation de l'estomac et ses divers procédés. Elle y a été introduite par Frerichs et Mannkopf. « Son but, dit Boas, est de dessiner les contours de l'estomac et surtout la grande courbure. » Ajoutons qu'on lui demande en outre, actuellement, ce que l'on demandait jadis au sondage de l'estomac : la détermination de la situation, de la grandeur, de la capacité de cet organe.

Il faut choisir parmi les nombreuses méthodes allemandes ; laissant de côté celles de Schreider, de Rosenbach, de Neubauer et de Fleischer, nous étudierons seulement celle de Frerichs et

Mannkopf modifiée, celle de Runeberg et Ewald, enfin celle de Jaworski. Nous n'avons expérimenté que la première et la dernière.

1 La méthode de Frerichs et Maunkopf est basée sur la production d'acide carbonique par un mélange d'acide tartrique et de bicarbonate de soude. Elle a été modifiée particulièrement par Ziemssen, qui donne 7 grammes de bicarbonate de soude, 6 grammes d'acide tartrique pour l'estomac d'un homme ; 6 grammes de bicarbonate de soude, 5 grammes d'acide tartrique pour celui de la femme.

On fait dissoudre séparément ces deux substances dans la plus petite quantité d'eau possible, afin que la déglutition en soit facile et très rapide. On fait alors avaler à la patiente d'abord la solution tartrique, puis, immédiatement après, la solution bicarbonatée. Le mélange se fait dans l'estomac où CO^2 se dégage et distend l'estomac. La malade étant couchée sur le dos, on voit la paroi épigastrique se soulever et les contours de l'estomac se dessiner. On peut alors percuter, même palper l'organe, et en marquer les limites au crayon dermographique.

Les doses de 1 à 2 grammes des deux substances qui doivent faire le dégagement de CO^2 ne sont pas suffisantes. Les 6 ou 7 grammes de Ziemssen ne sont pas toujours nécessaires, mais nous n'avons jamais obtenu un gonflement suffisant qu'avec 4 à 5 grammes.

Pacanowsky rejette ce modus faciendi, craignant une trop grande distension de l'estomac et par conséquent des notions fausses sur son volume réel. Boas et Ziemssen ne sont pas de cet avis. Boas conseille seulement de s'abstenir quand il y a un ulcère

de l'estomac. Ziemssen s'exprime ainsi : « La distension de la paroi est minime et limitée, excepté dans le cas d'amincissement, de dégénérescence des parois. On se convaincra d'ailleurs facilement de la force de résistance de l'estomac à chacune des tentatives de distension, en faisant sur le cadavre des moulages en plâtre, ou en y introduisant de l'air sous haute pression. À chaque forte distension une partie du gaz s'échappe par le cardia. D'ailleurs, les cas de trop grande distension par ce moyen ne peuvent entrer en ligne avec leur grande utilité. »

Nous avons plusieurs fois sur le cadavre distendu des estomacs avec de l'eau sous forte pression ; nous n'avons jamais obtenu de distension anormale pouvant tenir à l'excès de la pression, l'estomac gardait toujours la forme qu'il prenait par un gonflement modéré.

Ziemssen recommande instamment la méthode de CO^2 ; il la tient en haute estime.

Il y a pourtant plus d'un reproche à lui faire. Nous croyons que la distension, même poussée un peu trop loin, ne peut avoir de graves inconvénients ; pourtant il ne faut pas conclure du fait observé sur le cadavre à celui qui se passe sur le vivant ; il est certain que la tunique musculaire de l'estomac ne doit pas se laisser distendre outre mesure sans perdre un peu de son élasticité et de sa tonicité. Or, le plus grave inconvénient de cette méthode c'est qu'on ne peut rigoureusement doser d'avance la quantité de CO^2 que l'on va faire dégager ; on ne peut surtout pas en modérer la production une fois qu'elle est commencée.

D'autre part, l'examen terminé, il faut que le gaz se résorbe lui-même, ou bien il est rejeté par le cardia ; c'est toujours un

désagrément pour le patient. Il arrive fréquemment, pour ne pas dire toujours, que le dégagement de CO^2 cesse dans l'estomac avant la fin de l'exploration ; elle diminue au moins avant de cesser, et d'autre part une certaine quantité du gaz produit passe dans l'intestin ; il advient que l'estomac s'affaisse plus ou moins, ses dimensions se modifient, l'examen est entravé.

Enfin, l'estomac réagit parfois assez vivement sous l'action de CO^2 ; ses contractions empêchent sa dilatation parfaite, il se dessine très mal sous la paroi.

Nous n'avons jamais obtenu de bons résultats par cette méthode, elle est trop incertaine et doit céder le pas à d'autres. Il est bon cependant de la conserver pour les malades qui ne peuvent supporter la sonde.

Les autres méthodes de l'insufflation de l'estomac sont beaucoup plus précises et utiles ; mais il ne faut y soumettre les patientes qu'après les avoir habituées à la sonde.

2 Runeberg, Oser et Ewald emploient un double ballon adapté à la sonde. Cette méthode diffère si peu de celle de Jaworski, la seule que nous ayons expérimentée, que nous la passons sous silence, pour ne parler que de cette dernière.

3 L'appareil qu'emploie Jaworski et dont nous donnons ici une reproduction (fig.4), est basé sur le déplacement de l'air contenu dans un flacon par l'eau qu'y déverse un autre flacon placé à un niveau plus élevé. Il se compose de deux flacons. L'un, A, d'une contenance de six litres environ, bien gradué, est muni de deux ouvertures ; l'une, à sa partie supérieure, demeure libre ; l'autre, latérale et à sa base, livre passage à un tube de caoutchouc qui va rejoindre le deuxième flacon. Celui-ci, B, de même

capacité, gradué, placé plus bas que l'autre, ne possède qu'un orifice fermé par un bouchon à trois tubulures : la première reçoit le tube de caoutchouc du flacon A ; la deuxième, au milieu, livre passage à un manomètre ; la troisième, au tube qui communique avec la sonde.

FIGURE 4
APPAREIL DE JAWORSKI
POUR L'INSUFFLATION DE L'ESTOMAC

Le flacon A est rempli d'eau ; le flacon B est vide. La sonde étant dans l'estomac, on laisse écouler l'eau de A en B ; elle chasse l'air contenu en B ; cet air pénètre dans l'estomac et le dilate ; le manomètre indique la pression de l'air dans le flacon B et par conséquent aussi dans l'estomac.

Lisant alors sur la graduation de l'un ou l'autre flacon, on a la notion de la quantité exacte d'air injecté.

Jaworski appelle son appareil : Gastrovolumètre (Magenvolumeter). L'appareil que nous avons employé est le même que le sien, simplifié. Le manomètre y est supprimé ; il est inutile. Le flacon B est muni de deux tubulures supérieures, l'une recevant le tube de communication entre A et B, l'autre recevant le pavillon de la sonde. Quant au fonctionnement, il est identique. On voit que cet appareil est peu compliqué, facile à se procurer.

Cette méthode a sur celle par CO^2 de grands avantages et aucun de ses inconvénients. On sait rigoureusement la quantité d'air que l'on injecte ; on peut donc exactement savoir la capacité de l'estomac. Celui-ci se dessine sous la paroi abdominale avec plus de netteté qu'avec l'insufflation par CO^2 et surtout on maintient le gonflement autant que l'exigent les besoins de la cause ;

s'il s'échappe par le duodénum ou par résorption un peu de l'air injecté, il suffit d'en envoyer une nouvelle quantité pour rétablir l'équilibre. C'est ici que le manomètre de Jaworski peut avoir quelque utilité ; on peut laisser ouverte constamment la communication entre le flacon B et l'estomac, en fermant celle de B en A dès que l'on voit diminuer la hauteur manométrique ; on fait arriver une nouvelle quantité d'eau de A en B pour chasser de B une quantité égale d'air.

Enfin, on peut par cette méthode doser le volume d'air injecté, en arrêter à volonté l'arrivée dans l'estomac, ce que l'on ne saurait faire avec CO^2 ; et même, si l'insufflation a été poussée un peu loin, si elle fatigue la patiente, il est facile de laisser, par la sonde, sortir un peu de l'air injecté. Il faut, à la fin de l'opération, expulser ainsi tout ou la plus grande partie de cet air. Avec la méthode de CO^2 on peut aussi enlever de l'estomac le gaz qu'il renferme, à l'aide de la sonde introduite après coup. C'est simplement moins commode qu'avec le procédé Jaworski.

On ne doit jamais pousser l'insufflation au-delà des limites de la capacité de l'estomac. Il faut s'arrêter dès que la malade éprouve un peu d'angoisse respiratoire ou un sentiment de tension stomacale. Il est facile d'arriver à une insufflation complète sans faire souffrir la patiente ; il suffit pour cela de ne laisser que lentement se faire l'écoulement du liquide de A en B, lorsque la distension commence à se faire intense ; d'ailleurs de lui-même le liquide coule de moins en moins, à mesure que la pression augmente dans l'organe.

En somme, nous pouvons affirmer que c'est une opération inoffensive et point du tout douloureuse.

Rappelons en terminant que la pompe stomacale pourra donner de précieux renseignements. Nous en reparlerons à propos du diagnostic.

Chapitre 4

La liste est longue des méfaits dont on a rendu le corset responsable. Mettant les choses au pire, bien des écrivains l'ont accusé de presque tous les maux dont souffrent les femmes. De ce chaos pourtant se sont dégagées des œuvres sérieuses, scientifiques, où nous puiserons largement pour l'édification de ce chapitre. Nous n'avons pas l'intention d'exposer tous les désordres que peut engendrer l'excès de constriction de la taille. (Dickinson en a compté quatre-vingt-quinze !) Nous nous attacherons à préciser ce que cette constriction peut produire sur la statique de l'estomac, nous inspirant des idées et des documents qu'a bien voulu nous confier M. Bouveret.

Nous ne saurions cependant mener à bien cette étude sans parler de l'influence du corset sur les organes qui avoisinent l'estomac. La compréhension de ce dernier point est même indispensable pour arriver à la notion claire de ses dislocations. Or, le corset déforme le thorax, déplace le foie, la rate et l'intestin. Nous commencerons donc par cette étude. Elle comprendra les articles suivants :

Article I. — Signes extérieurs de la compression du thorax.

Article II. — Action de la compression sur les viscères des hypocondres. Pathogénie des dislocations de l'estomac.

Article III. — Symptômes de ces dislocations.

Article IV. — Diagnostic et pronostic.

Article V. — Traitement.

On a beaucoup écrit sur les déformations du thorax produites par le corset. Les plus intéressantes publications sur ce sujet sont dues à Cruveilhier, Hourman et Dechambre, Corbin, Charpy, etc. On trouvera des documents dans la plupart des traités d'anatomie. En 1887, J. Dickinson a même essayé de déterminer la pression exercée sur le thorax par le corset, en glissant sous celui-ci un sachet à air communiquant avec un tube manométrique.

La meilleure description du thorax déformé par le corset est assurément celle de Hourman et Dechambre. Ils admettent bien avec Cruveilhier que le thorax prend la forme d'un baril, mais ils signalent une déformation beaucoup plus caractéristique ; M. Bouveret et nous, l'avons retrouvée plus ou moins accusée chez toutes les femmes disloquées par le corset.

« Dans beaucoup de cas, disent ces auteurs, ce n'est pas précisément vers sa marge que la base de la poitrine se trouve resserrée, mais bien vers un niveau élevé au-dessus de cette marge de trois à quatre travers de doigt ; la marge elle-même, au lieu de rentrer dans la cavité abdominale, est au contraire déjetée en dehors, évasée, et le rebord des derniers cartilages vient faire une forte saillie sous les parties molles. De cette façon le thorax dans son ensemble serait plutôt comparable à ces vases antiques à pied élargi et séparé du reste par un col plus ou moins rétréci. »

Àl'appui de cette description, Hourman et Dechambre ont publié une figure très caractéristique.

C’est au niveau des neuvième, dixième, onzième côtes que le corset produit son plus fort degré de constriction. Dans les mensurations que nous avons faites sur cent femmes, nous avons trouvé entre le périmètre au niveau de la quatrième ou cinquième côte et le périmètre au niveau des huitième ou neuvième une différence de six à dix centimètres au détriment du dernier. Il faut bien se souvenir d’ailleurs que les corsets modernes (nous parlons des corsets bien faits) sont plus courts qu’ils ne l’étaient autrefois ; ils commencent la constriction moins haut, au-dessous des seins qu’ils soutiennent sans les comprimer ; ils serrent donc surtout la base du thorax au niveau des dixième et onzième côtes.

Sillon costal de la neuvième à la onzième côte, avec fréquent évasement de la marge du thorax : tel est le premier stigmate du corset sur le tronc (fig. 5). Nous ne signalons que pour mémoire l’amaigrissement, l’atrophie de la paroi, consécutifs à des constrictions exagérées et prolongées. Ce que l’on voit plus fréquemment, c’est l’altération de la peau qui se ternit, prend une teinte sale et devient plus ou moins rugueuse.

FIGURE 5
MONTRANT LA DÉFORMATION DU THORAX PAR LE CORSET

Fille de 27 ans ayant porté un corset serré.
Estomac vertical. Capacité un peu augmentée.
Pylore abaissé.
- - - - - - Bord inférieur du foie.

Le second stigmate important, c’est la diminution de l’angle xiphoïdien. Les côtes refoulées en dedans et en bas tendent à se rapprocher de la ligne médiane, à effacer l’espace xiphoïdien,

pendant que leur courbure verticale s'accuse jusqu'à former une sorte d'angle en avant de la ligne axillaire. Dans un cas extrême, Engel a vu l'angle xiphoïdien réduit à la largeur d'un doigt. L'appendice peut disparaître sous les cartilages costaux. Ces modifications de l'angle xiphoïdien ont été bien étudiées par M. Charpy.

La constriction du thorax nuit-elle au fonctionnement des poumons et du cœur ? Est-elle capable, comme le disent Beau, Maissiat et d'autres, de modifier le type respiratoire normal au point de le transformer en type costo-supérieur ? On le croit généralement. Robin le soutenait encore en 1889 à la Société d'Anthropologie. Tous les hygiénistes ont cette même conviction. Sibson déclare qu'il y a une diminution de l'expansion pulmonaire même avec les corsets des enfants, ou avec la compression la plus légère. Il admet d'autre part que l'expansion des côtes inférieures est bien plus empêchée que celle du diaphragme (que l'on a souvent trouvé plissé), ce que confirment les recherches de Mays sur les Indiennes. Rappelons à ce propos une phrase de Leroy : « Le corset représente la forme d'un cône dont la base est en haut et la pointe en bas, structure diamétralement opposée à celle de la poitrine, évasée du bas, rétrécie du haut. »

« Faible ou forte, dit Charpy, la constriction du corset a pour but et pour effet de rétrécir, d'annuler le thorax inférieur, métal ductile que l'on passe à la filière, au bénéfice du thorax supérieur qui doit concentrer les regards comme il concentre la respiration. »

Il semble fort simple d'établir l'action de la compression du corset sur les organes abdominaux. Le problème est plus complexe qu'il ne le paraît.

Àcôté de l'action pathogène de ce vêtement, viennent en effet se placer des causes adjuvantes, prédisposantes pour mieux parler ; ce sont les causes de débilitation des parois abdominales et de la tonicité du tractus intestinal : les grossesses, la neurasthénie, la maladie de Glénard.

Avant d'étudier la mécanique proprement dite du corset, nous devons éliminer le mode d'action de ces divers éléments ; montrer, en d'autres termes, que s'ils ont un rôle réel dans les déviations que nous voulons décrire, le corset, d'autre part, à lui seul, possède une efficacité incontestable dans ces dislocations.

Toute cause qui diminue la tonicité abdomino-intestinale facilite l'action spéciale du corset. Celui-ci ne vient alors qu'en seconde ligne ; il ne provoque pas, il exagère un état préexistant. Comme tel, il est déjà dangereux. Or, ces conditions se trouvent d'abord dans la grossesse, surtout dans le cas de grossesses répétées, dont l'influence est trop connue pour que nous y insistions.

Viennent ensuite la neurasthénie, l'entéroptose. Nous n'avons pas qualité pour discuter la valeur intrinsèque de ces deux termes. Quelle que soit d'ailleurs l'interprétation que l'on en donne, que l'on adopte les idées de M. Bouveret ou celles de M. Glénard, un fait reste acquis, le seul qui nous importe : des troubles de la statique abdominale peuvent survenir, dont les principaux éléments sont : la flaccidité de l'abdomen, hypotase ; l'atonie et la ptôse des différents viscères, en particulier de l'estomac ; ce syndrome de l'entéroptose (Glénard), de l'atonie gastro-intestinale neurasthénique (Charcot, Bouveret) peut être primitif, exister en dehors de toute action prédominante ou antérieure du corset. C'est un point nettement élucidé par les travaux de MM. Bouveret et Glénard.

La dislocation abdominale et viscérale peut donc être primitive. Mais, ainsi que le fait observer M. Bouveret, il est certain que l'affection de Glénard est beaucoup plus commune chez la femme que chez l'homme. C'est que, chez la femme, aux deux causes procédant de la neurasthénie elle-même, la dilatation de l'estomac et l'amaigrissement, s'ajoutent deux autres causes extrinsèques plus communes encore et surtout bien plus efficaces, à savoir l'extrême distension de la paroi abdominale par les grossesses répétées et la constriction de la taille par l'abus d'un corset trop étroit et trop serré ».

Le corset est ici cause adjuvante, il continue ce qu'un autre agent a commencé. Mais souvent aussi c'est lui qui commence, lui qui est la cause première des dislocations splanchniques. C'est ce que nous devons prouver.

Quelle est donc l'action mécanique par laquelle le corset déplace les organes situés dans les hypocondres ?

Les résistances du thorax ne sont pas égales sur toute sa circonférence ; en arrière il est absolument rigide (colonne vertébrale) ; latéralement se trouve le maximum de sa souplesse, de sa flexibilité ; en avant il n'y a qu'une échancrure : elle joue son rôle en permettant aux côtes de se rapprocher davantage de l'axe du corps ; c'est aussi une sorte d'issue offerte aux organes qui, chassés de leur loge, tendent à s'ouvrir un chemin en avant dans la partie de la paroi dépourvue de côtes.

La compression va donc agir en déplaçant surtout les parties latérales du thorax. Elle peut se faire de deux manières différentes, suivant la nature des liens.

S'agit-il des cordons de jupes, comme cela se passe chez beaucoup de femmes du peuple ou de la campagne ; s'agit-il de la ceinture dont se servent bien des hommes, ou encore du ceinturon ? Dickinson et quelques autres auteurs affirment que ce mode de striction agit exactement comme le corset. Nous ne le croyons pas. La compression porte en effet immédiatement au-dessous de la dernière côte. Le foie, l'estomac, la rate sont donc refoulés vers la partie supérieure de la cavité abdominale et pris entre les liens et le diaphragme. Qu'il en résulte des malaises, surtout de l'estomac, chacun le sait. Quel est l'homme, porteur d'une ceinture ou d'un ceinturon, qui n'est obligé de les desserrer après un repas même peu copieux ? Mais qu'il en advienne un abaissement de l'estomac et du foie, nous ne le saurions admettre.

Le corset au contraire, comme nous l'avons dit, commence la striction du thorax au niveau de la neuvième côte (face supérieure du foie) et se rétrécit de plus en plus et rapidement jusqu'au-dessous de la douzième, pour aller s'évasant jusqu'à la crête iliaque, latéralement. En avant, le busc s'infléchit en suivant la courbe abdominale et, selon le genre de corset, descend plus ou moins bas au-dessous de l'ombilic.

Le foie et la rate, suivant la forme nouvelle imprimée au thorax, sont refoulés vers la partie médiane du corps et aussi en bas et en avant ; là, ils trouvent l'angle xiphoïdien, dans l'aire duquel ils cherchent à passer. Mais cet angle se rétrécit lui-même, et d'autre part le busc est là, formant une barrière rigide et compressive, refoulant en arrière et en bas les organes qui viennent

faire une poussée derrière lui. Ils sont bien obligés de suivre la seule route qui leur reste ouverte : la cavité abdominale, où ils

pénètrent en suivant la filière formée par le corset. En effet, tandis que la constriction resserre la partie la plus large de l'abdomen, la région ombilicale se dilate, est propulsée en avant ; l'aire la plus grande diminue, la plus petite grandit. Notre figure 7 le montre clairement.

En résumé, les organes situés dans les hypocondres sont pris entre trois forces expulsives : deux latérales, une antérieure ; en même temps qu'elles agissent perpendiculairement à la paroi, elles agissent aussi verticalement ; la résultante est oblique en bas et en dedans.

Au milieu de tout cela que devient l'estomac ? Qu'on veuille bien considérer la figure 8. Elle facilitera la compréhension de ce qui suit. L'estomac est saisi entre la rate et le foie, tous deux plus résistants que lui ; il est forcé de s'aplatir plus ou moins, et, pour récupérer son volume normal, il s'effile et bascule en bas, cherchant de l'espace dans la cavité abdominale, en même temps qu'il est refoulé à gauche par le foie, plus lourd et plus volumineux que la rate.

FIGURE 8 (D'APRÈS DICKINSON)
COUPE TRANSVERSALE DU THORAX AU NIVEAU DE L'ÉPIGASTRE

Telles sont les grandes lignes du mode d'action du corset. Nous devons, pour être clair et complet, revenir sur quelques particularités dignes d'intérêt et qui ont trait aux dislocations du foie, de la rate, de l'estomac et du rein droit.

Les déplacements du foie et surtout ses déformations par le corset ont été l'objet de nombreuses observations. Qui ne connaît les sillons tracés sur lui par les côtes ? Souvent, il n'y en a qu'un,

large, sorte d'échancrure qui rappelle la forme du corset ; le fond en est parfois blanchâtre, grâce à l'épaississement du péritoine et de la capsule. « Plus le corset est porté dans un âge tendre, écrit Dickinson, plus le foie est affecté, puisqu'il est proportionnellement plus gros chez l'enfant que chez l'adulte. » Il ajoute que le corset agit de trois manières, suivant la situation, le degré et la durée de sa constriction.

Murchison, Engel, Frerichs et tous les auteurs que nous avons cités, parlent de ces déformations. Engel a vu le bord tranchant du foie descendre « souvent » au-dessous des crêtes iliaques. La figure 7 donne une idée d'une déformation de ce genre. Corbin prétend que le foie étant fixé surtout en arrière, c'est sa partie antérieure qui descend, de sorte que sa surface normalement supérieure devient antérieure et verticale. C'est, dit-il, un effet constant, même avec une striction minime. Il a vu souvent le foie comme coupé en deux par un vaste sillon que Engel a trouvé une fois aussi large que la main. Une partie était véritablement flottante. M. Glénard attribue ce fait à d'autres causes que le corset. « D'ailleurs, nous disait-il un jour, si j'admets parfaitement les déformations du foie par ce vêtement, il n'en est pas de même de son abaissement, qu'on trouve toutes les fois que cet organe a été le siège de fréquentes congestions. Le lobe droit se déforme et s'abaisse ; on trouve ce signe en particulier chez un grand nombre d'hommes uricémiques. Je ne crois pas que l'action du corset sur le foie soit pathogène, sauf en ce qui concerne le lobe gauche ou épigastrique, celui qui recouvre l'estomac ; il force les malades à quitter le corset après le repas, lorsque leur foie est congestionné à l'épigastre. »

Tout en adoptant pleinement les idées de M. Glénard, relativement au lobe gauche du foie, nous croyons aussi aux déplacements du foie par le corset, à son abaissement, admis par tous ceux qui se sont occupés de cette question.

Les déplacements de la rate sont moins importants et plus rares. Pourtant cet organe contribue au pincement de l'estomac entre deux plans résistants, particulièrement quand il est hypertrophié. Corbin en a signalé un exemple. C'est dans ces cas d'hypertrophie de la rate et du foie que l'estomac peut prendre une forme trouvée par M. Bouveret à l'autopsie d'une femme âgée (Observ. 1). « L'estomac, dit-il, était comprimé entre le lobe gauche du foie et la rate, l'un et l'autre très hypertrophiés. Cette compression était très aggravée par le corset, dont l'impression se voyait sur les côtes. L'estomac était réduit à l'état d'un cylindre vertical du volume et de la forme d'un côlon. La portion pylorique descendait au niveau de l'ombilic et formait un angle droit avec les trois autres quarts du grand axe vertical ». (Fig. 9 et 10.)

FIGURE 9

SCHÉMA MONTRANT LA DÉFORMATION D'UN ESTOMAC PINCÉ ENTRE UN FOIE ET UNE RATE HYPERTROPHIÉS
O. OMBILIC.

Il nous reste à examiner le prolapsus du rein droit. Nous disons du rein droit seulement, car c'est lui seul qui s'abaisse.

FIGURE 10 (D'APRÈS UN MOULAGE EN PLÂTRE DE ZIEMSSEN)

ESTOMAC VERTICAL NON DILATÉ

MAIS PRÉSENTANT LA MÊME DÉFORMATION, MOINS ACCUSÉE, QUE CELUI DE LA FIG. 9.

Jusqu'à l'apparition des travaux de M. Glénard, on considérait comme fort rare le prolapsus du rein ; quand on le trouvait, on pensait à la maladie du rein mobile. Or, néphroptose et maladie du rein mobile ne sont pas une seule et même chose ; on peut, comme le dit M. Glénard, avoir une néphroptose sans être malade, et avoir la maladie dite du rein mobile sans avoir de néphroptose. Il admet deux sortes de néphroptoses : l'une, secondaire, due à l'abaissement de la masse intestinale et à l'hypotase sous l'influence de l'amaigrissement ; l'autre, primitive, due au corset.

Bouchard l'explique par la congestion du foie, qu'il trouve toujours chez les gens à estomac dilaté. Or, c'est constamment à droite que l'on trouve l'ectopie rénale. Pourquoi ? Parce que, dit-il, c'est le foie qui le chasse de sa loge. Il admet d'ailleurs l'influence du corset : « On trouve l'ectopie du rein droit uniquement chez les dilatés dont le thorax est le siège d'une constriction habituelle à sa base, chez la femme et chez les militaires. Le corset et la ceinture empêchent le foie, lorsqu'il augmente de volume, de passer au-devant du rein. Or, si dix à quinze fois par an se produisent des poussées de congestion hépatique, on comprend facilement que le rein, refoulé peu à peu, se déplace consécutivement à l'élongation graduelle de ses attaches vasculaires. »

L'action du corset dans l'ectopie rénale est donc bien évidente et admise par tous. M. Bouveret la considère pourtant comme souvent beaucoup plus primitive que ne le veut M. Bouchard.

Il est un point sur lequel on n'a pas insisté. Si le foie pressait le rein simplement sur son pôle supérieur, tout en admettant qu'il puisse se déplacer par le mécanisme qu'indique Bouchard, son abaissement énorme, comme on le voit souvent, serait difficile à comprendre. Il faut, pour le chasser, quelque chose de plus. Ce quelque chose, la main le réalise quand, recherchant le rein par le procédé de M. Glénard, elle le projette en quelque sorte hors de sa loge en plongeant dans l'espace costo-iliaque. C'est un effet semblable que produit le corset ; il comprime cette même échancrure et transporte le rein sous le foie, tout en formant en arrière un plan rigide qui lui permet d'agir plus efficacement sur le rein.

Nous sortirions du cadre que nous nous sommes tracé si nous nous étendions plus longuement sur ces prolapsus viscéraux. Nous négligeons même complètement celui de l'intestin, nous bornant à faire observer que l'estomac, pendant les déplacements que nous allons décrire, doit forcément entraîner avec lui le côlon transverse. Ces faits ont été assez mis en lumière par les doctrines de M. Glénard pour que nous nous dispensions de nous y appesantir. Nous passons également sous silence l'action du corset sur le plan pelvien. Ce serait nous écarter absolument de notre sujet.

Nous avons vu l'estomac, pincé entre le lobe gauche du foie et la rate, forcé de fuir devant eux, de s'élonger et de basculer. Le fait est d'une compréhension facile et d'une grande simplicité. L'estomac dont la statique est modifiée, tend à reprendre une situation qu'il avait dans l'enfance et surtout pendant la vie intra-utérine : il s'adapte à l'espace qui lui est laissé libre.

On s'abuserait étrangement si l'on pensait qu'une constriction intense est nécessaire pour provoquer ces ptoses viscérales. Une

pression minime est souvent suffisante, surtout quand elle est prolongée. La constriction de la taille au moment de la période de croissance est plus funeste encore : elle prépare les grandes dislocations.

Ouvrez un cadavre en laissant soigneusement en place tous les organes ; serrez le thorax en imitant la compression du corset ; vous voyez, sous le moindre effort, le foie, mécaniquement chassé de sa loge, se diriger en bas et en dedans, pousser la petite courbure et le pylore ; le tout, en bloc, se déplace à gauche. L'estomac oscille autour du cardia qui demeure fixe. Le fait se produit quand l'estomac est vide ; à plus forte raison s'il est alourdi par la masse alimentaire. Tel est le fait fondamental de l'abaissement de l'estomac par le corset. Tous ceux qui se sont occupés de cette question l'ont dû comprendre ainsi. Cruveilhier puis Corbin en parlent. Plus près de nous, on trouve la notion de la verticalité de l'estomac, due au corset, dans les travaux d'Arnould, Lévy, Dickinson, Charpy, Bouveret, etc., et enfin, en Allemagne, de Engel, Boas, Ewald, Ziemssen, Rosenheim, etc. Tous ont vu, sous l'influence du corset, l'estomac devenir vertical, le pylore s'abaisser, la grande courbure descendre plus ou moins au-dessous de l'ombilic. Mais aucun travail méthodique complet n'a paru, à notre connaissance, jusqu'à ce jour.

On peut cependant, d'après les données cliniques, ramener les troubles de la statique stomacale produits par le corset, à trois degrés :

1 degré (fig. 11, a et b). — Le grand axe est simplement dévié, se rapproche de plus en plus de la verticale. Le pylore s'abaisse un peu et se porte à gauche.

Figure 11

SCHÉMA REPRÉSENTANT LA MARCHE PROGRESSIVE DE LA DÉVIATION

0. Ombilic ;| Colonne vertébrale.

2 degré. — La verticalité se complète. L'abaissement du pylore augmente (fig. 11, c). À son union avec la petite courbure, il peut exister un coude plus ou moins accentué, gênant déjà l'évacuation de l'estomac (fig. 12). Le pylore peut descendre très bas.

Figure 12

ESTOMAC VERTICAL CYLINDRIQUE (Moule en plâtre de Ziemssen).

« Il n'est pas rare, dit Ziemssen, de le trouver au promontoire. » La petite courbure est souvent à gauche de la colonne vertébrale (fig. 11, c, et figures suivantes). L'estomac peut rester petit ; mais sa forme est modifiée, il devient plus cylindrique, ressemble plus ou moins à un cœcum ; son agrandissement n'est qu'apparent ; le diamètre transverse diminue au profit de la hauteur de l'organe. Mais déjà cependant les tuniques de l'estomac peuvent commencer à se modifier. Il peut y avoir non seulement un estomac vertical, petit, descendant plus ou moins au-dessous de l'ombilic, mais un début d'ectasie (fig. 13 et 14). Cette forme nous mène à la suivante.

Figure 13

ESTOMAC VERTICAL EN PLACE (Ziemssen).

Commencement de poche sous-pylorique.

3 degré. — Le pylore peut ne pas s'abaisser davantage ; mais il se forme peu à peu au-dessous de son niveau une dilatation, poche pylorique ou sous-pylorique ; elle grandira progressivement, descendant de plus en plus dans l'abdomen jusqu'à pendre derrière le pubis. Notre schéma (fig. 15) montre par son pointillé le développement successif de cette ectasie de la région pylorique.

Figure 14

ESTOMAC VERTICAL CYLINDRIQUE

Dessiné d'après nature.

Comme le fait observer Ziemssen, à qui n'a point échappé la notion de cette poche, bien qu'il n'en parle pas explicitement, c'est la petite tubérosité (antrum pyloricum) qui, par sa situation la plus déclive, est de plus en plus chargée par le contenu stomacal, tandis que la grosse tubérosité (fundus), située à la partie supérieure, est déchargée d'autant. La petite tubérosité se distend progressivement, en même temps que se forme l'angle dont nous avons parlé, que représentent les figures 12, 13, 14, 16. « Il en résulte, dit Ziemssen, un fléchissement rectangulaire, souvent même acutangle, de la petite courbure au moment où elle arrive au pylore. »

Figure 15

SCHÉMA DE LA FORMATION DE LA POCHE SOUS-PYLORIQUE

Le pointillé indique la progression de l'ectasie.

O. Ombilic. | Colonne vertébrale.

Àmesure que se produit la distension inférieure, la grosse tubérosité perd de son volume (fig. 19, 20, 21). En même temps, des changements de structure peuvent se produire. La tunique musculaire se distend ; elle perd de sa tonicité. D'autres fois, au contraire, elle fournit au travail de dilatation des éléments nouveaux ; elle s'hypertrophie pour subvenir à l'énorme dépense d'énergie motrice dont l'estomac aura besoin pour vider sa poche pylorique.

FIGURE 16 (D'APRÈS NATURE).

LE CÔTÉ DROIT DU THORAX A ÉTÉ LAISSÉ SCHÉMATISÉ POUR MONTRER LA DÉFORMATION DU THORAX.

Ajoutons que les Allemands, Rosenheim entre autres, ont constaté et figuré des dislocations telles que le cardia lui-même se déplaçait : « Le cardia est disloqué en bas et à droite et en même temps le diaphragme opère une descente marquée. Le cardia se trouve alors près de la douzième vertèbre dorsale (fig. 20). »

La poche sous-pylorique se voit très bien sur la femme vivante si la paroi est amaigrie. Nous en avons cité un cas, page 28. M. Bouveret l'a maintes fois constatée.

En voici d'autres exemples :

OBSERVATION II

Dans ce premier cas, il s'agit d'une femme de trente-six ans, Madame B., dans l'histoire de laquelle nous trouvons un abus prolongé du corset. Les troubles dyspeptiques qui l'ont amenée dans le service de M. Bouveret ont débuté vers l'âge de vingt ans.

Ils existaient en réalité depuis l'âge de quinze ans ; à cette époque elle souffrait déjà de l'estomac, trois ou quatre heures après ses repas. Mais, à vingt ans, ces douleurs prirent une très grande acuité ; des vomissements survinrent, se renouvelant à peu près tous les deux jours, se produisant trois ou quatre heures après le repas de midi.

FIGURE 17

ESTOMAC VERTICAL (2 DEGRÉ). DEMI-SCHÉMA D'APRÈS NATURE.
D. DÉFORMATION THORACIQUE.

Àl'âge de vingt-huit ans, hématémèse abondante. Depuis lors les douleurs ne se sont jamais calmées ; elles existaient dans l'hypocondre gauche avec irradiations à la région dorsale.

L'examen pratiqué au moment de son entrée fit constater l'existence d'une dilatation de l'estomac. Il existait, au niveau de l'épigastre, entre la pointe du sternum et l'ombilic, une dépression de la paroi abdominale, répondant à l'abaissement de la petite courbure. Cet abaissement était rendu évident par le péristaltisme de l'estomac : pendant les contractions de l'organe, la petite courbure se dessinait en relief à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. D'autre part le clapotement était perçu bien au-dessous de l'ombilic. La grande courbure était très abaissée. En somme, l'estomac avait la forme que représente la figure 16.

FIGURE 18 (D'APRÈS NATURE).

ESTOMAC VERTICAL AVEC BILOCULATION.

D. DÉFORMATION DU THORAX, CORRESPONDANT AU RÉTRÉCISSEMENT DE L'ESTOMAC. ON VOIT LES CÔTES DÉFORMÉES, FAISANT UN ANGLE EN AVANT DE LA LIGNE AXILLAIRE ; ELLES SONT TRÈS-INCLINÉES EN BAS.

Ce dessin, pris sur nature, n'appartient pas à cette malade ; nous en parlons ici, car ces deux cas peuvent être rapprochés et nous pensons que la figure 16 est en quelque sorte la vérification du cas de Madame B.

Pour compléter l'histoire (résumée) de Madame B., nous devons ajouter que les accès de douleurs et de vomissements qui survenaient trois ou quatre heures après son repas de midi n'étaient pas dus à l'hyperchlorhydrie, ce que démontrèrent à M. Bouveret des analyses répétées du suc gastrique de cette malade. Il y avait plutôt de l'hypochlorhydrie.

FIGURE 19 (D'APRÈS ROSENHEIM).

POSITION VERTICALE DE L'ESTOMAC, DE DIMENSIONS NORMALES.

SA SITUATION PENDANT LE GONFLEMENT,

- - - - - - BORD INF. DU FOIE.

OBSERVATION III

Il s'agit ici (fig. 16) d'une femme de cinquante ans, neurasthénique, morte dans le service de M. Bouveret, et qui jadis avait fait usage d'un corset serré. Les côtes en portaient l'empreinte. Elle avait de plus un relâchement notable de la paroi abdominale. L'estomac est vertical, sa petite courbure à gauche de la colonne ; une poche sous-pylorique descend largement au-dessous de l'ombilic, ayant entraîné avec elle le côlon. Il existe un coude accusé près du pylore.

La figure 13, tirée de Ziemssen, et la figure 14, dessinée d'après nature, représentent des formes analogues de dislocations, mais moins accusées. L'estomac est cylindrique, plus ou

moins brusquement coudé près du pylore. Il en résulte une poche commençante.

Figure 20 (d'après Rosenheim).

Dislocation totale d'un estomac normal. Gonflement artificiel. Le cardia est abaissé. Vaste poche sous-pylorique due au mouvement de bascule de l'estomac en bas, et plutôt à droite qu'à gauche.
- - - - - - Bord inf. du foie.

OBSERVATION IV

Nous rapprochons de ces cas l'histoire d'une malade de M. Bouveret. Madame J., trente-huit ans, a eu trois grossesses à terme en cinq ans. Elle porte depuis l'âge de dix-huit ans un corset qui a dû être fort serré, car il a laissé des traces évidentes de sa compression : empreintes de la peau, sillon sur les dernières côtes. L'estomac, déformé, est abaissé, vertical, dilaté. On note une dépression épigastrique prononcée ; la petite courbure est à près d'un travers de main de l'appendice xiphoïde ; la grande courbure, très abaissée, est à plus de dix centimètres au-dessous de l'ombilic. La percussion de l'estomac et l'excitation de la région pylorique provoquent la contraction de la paroi stomacale, qui détermine alors un soulèvement appréciable de la paroi abdominale. Celle-ci est flasque, relâchée, tombante et porte de nombreuses vergetures.

Figure 21 (d'après Rosenheim).

ESTOMAC DILATÉ, INSUFFLÉ.
Cette figure montre une vaste dilatation sans dislocation ; le pylore

est presque à sa place. Elle présente un heureux point de comparaison avec les estomacs dilatés et disloqués en même temps.

Cette malade était hyperchlorhydrique.

Le début de ses malaises datait de deux ans. À ce moment, elle vomissait trois à quatre heures après ses repas ; les vomissements n'étaient composés que d'un liquide aqueux, glaireux. Vinrent ensuite les douleurs, et enfin des vomissements alimentaires, trois à quatre heures après ses repas, prouvant qu'il y avait rétention gastrique, probablement par poche sous-pylorique.

Le traitement institué fut : régime azoté ; diminution des liquides. Ceinture de Glénard. Suppression du corset. Pas de bicarbonate de soude. Les phénomènes pénibles s'amendèrent ; la rétention gastrique disparut.

Ainsi, les déplacements de l'estomac peuvent se présenter sous trois degrés : simple verticalité ; abaissement plus ou moins marqué du pylore et tendance à la formation d'une ectasie sous-pylorique ; enfin, formation de cette ectasie.

Rosenheim distingue seulement deux sortes de déplacements : la situation verticale (Verticalstellung) et le « déplacement par en bas ». Il ajoute : « Il n'y a pourtant pas de séparation absolue entre les deux états, vu que, à l'origine, ils se confondent et souvent se combinent. »

Nous persistons donc à conserver nos trois degrés ; ils répondent à quelque chose de vrai, d'exact, au triple point de vue fonctionnel, pronostique et thérapeutique. C'est ce que nous essayerons de démontrer dans les articles suivants.

Nous subdivisons cet article en deux paragraphes :

A. — Signes physiques des dislocations de l'estomac.

B. — Troubles fonctionnels.

A. — Signes physiques des dislocations de l'estomac.

1 — Le premier et le deuxième degrés produisent peu de phénomènes appréciables. Qu'on veuille bien se reporter à la figure 11, a, b, ou aux figures 17 et 18. Il est facile de comprendre que, malgré sa verticalité, malgré l'abaissement de la grande courbure, l'estomac peut ne pas être agrandi, rester petit. C'est ainsi que l'ont décrit plusieurs auteurs. Comme nous l'avons déjà fait observer, l'agrandissement n'est qu'apparent ; l'estomac est plus long, mais moins large ; ces deux phénomènes se compensent. Il est donc possible, soit par la recherche du clapotage, soit par la percussion ou l'insufflation, de trouver un estomac à l'ombilic, chez la femme, sans qu'il soit dilaté.

On aura soin d'ailleurs, à l'aide des modes d'exploration que nous avons décrits, de rechercher avec exactitude la position de la petite courbure, du bord inférieur et du bord externe de l'organe ; on arrivera de la sorte à déterminer avec une approximation suffisante ses dimensions et sa situation.

Concurremment il faut rechercher les déplacements du foie, de son lobe gauche et du rein droit.

Concluons : chez une femme ayant porté de bonne heure un corset, ou peu longtemps mais serré, si, en même temps qu'une déformation des côtes, du foie ou un déplacement du rein, on trouve un estomac à l'ombilic ou même un peu au-dessous, il ne faut pas se hâter de conclure à une dilatation. Il faut minutieusement explorer pour savoir s'il ne s'agit pas simplement d'un esto-

mac vertical et cylindrique. Rosenheim exprime la même opinion que nous.

2 — Le troisième degré fournit des signes plus caractérisés. Le premier qui frappe l'œil, c'est la dépression sterno-ombilicale. Ce signe peut s'observer déjà, mais à un degré moindre, dans la deuxième forme.

L'explication de ce phénomène est simple. À l'état normal, la paroi épigastrique est soulevée ou simplement soutenue par la paroi antérieure de l'estomac. Lorsque cet organe devient de plus en plus vertical et se dérobe vers l'hypocondre gauche, l'aire abdominale comprise, verticalement entre les lignes parasternales, horizontalement entre les lignes sous-xiphoïdienne et ombilicale, est vide ; elle s'aplatit sous la pression atmosphérique et produit cette dépression, constante et caractéristique. Celle-ci s'exagère et devient de la plus grande netteté quand la femme est debout, vue de profil, alors surtout qu'elle a de l'atonie abdominale et que son estomac tombant soulève la région sous-ombilicale et lui donne la forme d'une besace. Ce fait était très net dans un cas observé par M. Bouveret (voir page 80).

Àce premier signe se joint la présence de la grande courbure fort au-dessous de l'ombilic ; il suffit de la bien chercher pour la déterminer parfaitement. Elle devient d'ailleurs évidente pendant les crises de péristaltisme dont nous parlons plus loin. Le bruit de clapotage s'entend très bas.

Ces signes extérieurs, très précieux pourtant, ne suffisent pas toujours pour affermir le diagnostic. Il faut encore la connaissance des troubles fonctionnels déterminés par cette rupture de la statique et de la forme normales de l'estomac.

B. — Troubles fonctionnels.

Les troubles fonctionnels tiennent à plusieurs causes : les unes d'ordre purement mécanique, les autres d'ordre nerveux, réflexes ; d'autres enfin, ont trait aux modifications du chimisme et aux désordres de la nutrition générale. Tous se montrent avec des formes et une intensité très variables, suivant les sujets et surtout suivant le degré de la dislocation.

1 — Troubles mécaniques. — Ils sont dus aux modifications de la statique stomacale, aux variations de rapport entre les deux orifices de l'organe.

Dans les deux premiers degrés, souvent ils sont nuls.

Parfois, après le repas, les femmes ont un sentiment de gêne, de plénitude à l'épigastre, dû à la difficulté qu'éprouvé l'estomac pour se dilater sous la pression alimentaire, pour se faire sa place en quelque sorte au milieu des organes qui le compriment. Ce sont des troubles d'ordre banal. L'estomac n'a d'autre gêne que ce défaut d'expansion ; il n'éprouve, en effet, aucune peine pour se vider, comme le montrent les figures 11, b, c, et 17. Il n'y a pas encore de rétention gastrique. Néanmoins, l'estomac étant souvent petit en même temps que vertical, il peut se produire un fait entrevu déjà par M. Lévy. L'estomac se vide trop rapidement ; en effet, sous l'influence de la verticalité, le poids des aliments porte plutôt sur le pylore que sur la petite tubérosité. Sa capacité se trouvant d'autre part amoindrie, quelques inconvénients en résultent. Peut-être la chimification se fait-elle moins bien ; peut-être les aliments n'ont-ils plus le temps de s'imprégner des sucs gastriques et de subir une élaboration

convenable avant de passer, prématurément peut-être encore, dans le duodénum.

Figure 22 (d'après Ziemssen)

ECTASIE CONSIDÉRABLE. TENDANCE À LA VERTICALITÉ.

Ces troubles digestifs seraient donc d'un ordre absolument différent de ceux du troisième degré. En effet, dans le troisième degré, l'estomac se dilate au lieu de rester petit ; quand se développe cette poche sous-pylorique (fig. 15 et 22), dont la notion est ici capitale, alors se présente une série de phénomènes du plus haut intérêt.

Le pylore est situé à un niveau beaucoup plus élevé que le bas-fond, qui s'exagère de plus en plus à mesure que l'affection évolue. Dès ce moment, l'évacuation du contenu stomacal rencontrera de croissantes difficultés.

Cette évacuation est d'abord difficile, puis insuffisante ; la rétention gastrique devient d'autant plus prononcée que la poche sous-pylorique descend davantage au-dessous de l'ombilic. Elle s'accompagne de phénomènes qui la rendent très évidente.

Le clapotage existe à jeun, perceptible souvent bien au-dessous de l'ombilic. La pompe stomacale confirme le fait : à jeun, l'on retire un liquide plus ou moins abondant, riche en résidus alimentaires. Il se passe là un fait analogue à celui que détermine l'occlusion néoplasique du pylore. Dans la grande majorité des cas, M. Ziemssen n'a pas trouvé de rétention alimentaire. « Nous voyons donc, dit-il, que, malgré cet obstacle visiblement grand pour le péristaltisme de l'estomac, le chimisme, la digestion de

l'estomac et l'expulsion de son contenu, peuvent rester dans un état normal et y restent habituellement. »

Àces symptômes s'ajoute le péristaltisme douloureux de l'estomac ; les femmes atteintes du troisième degré de la dislocation stomacale se plaignent de douleurs, d'espèces de coliques plus ou moins violentes, survenant en général trois ou quatre heures après les repas et s'accompagnant de contractions des parois de l'organe qui se dessine sous la peau, souvent avec une grande netteté quand celle-ci est amaigrie.

Ce phénomène est dû à la lutte de l'estomac qui, par de violentes contractions, par des ondulations énergiques et répétées, cherche à vider la poche sous-pylorique ; aussi les moyens thérapeutiques mis en œuvre contre celle-ci suppriment-ils le péristaltisme. La plupart des accès gastralgiques de la femme sont dus à cette évacuation imparfaite, difficile, douloureuse.

On constate parfois des vomissements.

Les autres sensations abdominales causées par la constante plénitude de l'estomac sont moins caractéristiques, mais habituelles. Ce sont des douleurs dorsales, lombaires, iliaques. Les malades accusent une sensation de tiraillement à l'épigastre, surtout pendant la marche. Tous ces phénomènes sont calmés par le décubitus horizontal ou par une ceinture soutenant les viscères prolabés.

Nous devons signaler ici un autre phénomène d'une extrême vulgarité ; on l'observe à tout instant, souvent sans se rendre compte de sa vraie cause. Il n'existe pas chez l'homme, du moins avec les caractères que nous allons exposer. Chez les femmes il est d'une fréquence très grande et les importune beaucoup. Il

leur suffirait de se serrer moins pour en être délivrées. C'est du bruit de « glou-glou » que nous voulons parler.

Ce bruit a des caractères variés dans ses modulations ; il en possède aussi que nous pourrions presque dire invariables : ce sont ses rapports avec la respiration. Éliminons de suite les bruits (gargouillements, clapotements, etc.) qui se passent dans l'intestin, ou même ceux de l'estomac dus à des fermentations. Ces bruits n'ont pas ce caractère pathognomonique d'être rhythmés par la respiration, modifiés par la position de la patiente et par la compression de l'estomac.

Avant de donner l'explication de ce bruit de glou-glou, nous devons ouvrir une parenthèse à propos de l'estomac biloculaire.

L'estomac bilobé a été décrit par Sappey et Cruveilhier. M. Glénard lui consacre une note additionnelle dans son traité de l'entéroptose. « J'admets, dit-il, jusqu'à démonstration du contraire, que cette biloculation est un temps normal de la contraction physiologique de l'estomac pendant la digestion. » Depuis, M. Trolard a publié à Alger une note où il conclut franchement à l'action évidente de la constriction de la taille pour produire cette biloculation. Il discute la question de savoir si la séparation en deux poches résiste ou non à l'insufflation. Sappey, Cruveilhier, M. Glénard l'ont toujours vue s'effacer, mais M. Trolard jamais, quand il a eu affaire à des estomacs ayant « non des traces de séparation, mais une séparation bien nette ». Il ajoute : « Le sillon de séparation des deux lobes de l'estomac correspond toujours exactement au sillon du foie (corset), dont il n'est en réalité que le prolongement. »

Nous ne discuterons pas la question de principe ; notre expérience personnelle à ce sujet est insuffisante. Nous n'avons vu que deux estomacs biloculaires. L'un d'eux est représenté par la figure 18. Notre dessin ne rend même pas avec assez de vérité la biloculation qui était plus nette, mais se trouve bien au niveau du sillon costal D. Or, sur les deux estomacs que nous avons vus bilobés, la biloculation a cédé sous l'influence du gonflement par l'eau. Sur celui que représente la figure 18 on voyait pourtant après dilatation, une traînée blanchâtre persistante correspondant au sillon. On admettra sans peine avec nous qu'une pression, un frottement constants sur le même point de l'estomac, puissent provoquer une irritation locale, une sorte de contracture musculaire, de spasme des fibres circulaires à ce niveau et enfin la biloculation. Mais encore, nous refusât-on cette interprétation, qu'importé ? En l'espèce, il est indifférent que la biloculation persiste une fois le corset enlevé, si elle existe quand il est en place, et de cela nous sommes convaincu. L'observation que nous publions en est une preuve. Elle donne la clé de la nature de ces bruits, parfois violents et incommodes, qui affligent certaines femmes, en les accompagnant partout. Nous devons ce document à l'obligeance de notre Maître, M. Bouveret, qui a bien voulu s'en dessaisir en notre faveur.

OBSERVATION V

Mademoiselle X., vingt et un ans, porte un corset très serré depuis longtemps ; elle présente une déformation considérable de la base du thorax. L'affection actuelle aurait débuté il y a trois ou quatre mois (?), à la suite d'une forte émotion causée par la mort de son père. Elle eut alors quelques troubles digestifs, du gonflement, du ballonnement après le repas ; puis apparut le

bruit actuel, qui persiste malgré bien des traitements. Elle est un peu pâle, anémique, amaigrie. Son estomac est un type d'estomac déformé par le corset : dépression sterno-ombilicale prononcée, axe vertical, clapotement à quatre ou cinq travers de doigts au-dessous de l'ombilic, clapotement facile et provoqué même par la succussion lombaire. L'appétit et la soif sont peu modifiés. Elle a eu de la constipation. Actuellement les selles sont régulières. La malade étant debout, on voit le ventre tomber en gourde, avec une exagération marquée de la dépression sterno-ombilicale. La malade étant debout ou assise, avec ou sans corset, le bruit est constant, jamais interrompu ; ce sont même deux bruits rhythmés par la respiration. Pendant l'arrêt de celle-ci, cessation du bruit ; pendant l'inspiration, il se compose de deux ou trois bruits se succédant rapidement, donnant la sensation de deux ou trois masses d'eau et de gaz, d'eau surtout, tombant dans une cavité qui contient déjà du gaz et des liquides. Quelquefois il n'y a qu'un bruit. Tous ont un timbre amphorique. Pendant l'expiration, le bruit est plus long, se prolonge pendant presque tout le temps respiratoire ; il donne la sensation d'une succession rapide de bulles qui éclatent à la surface d'un liquide ; le timbre est également amphorique, mais sa tonalité est plus aiguë, il va s'amoindrissant jusqu'à la fin de l'expiration. Dans la station horizontale il disparaît, même si la taille est serrée par le corset. La malade dit que parfois il disparaît après le repas, surtout quand elle se sent très ballonnée, alors qu'elle est obligée de desserrer ses vêtements. Au lit, disparition. Il recommence quand la malade se lève, même avant qu'elle ait rien pris. On le fait disparaître par une compression sous-ombilicale énergique faite avec les deux mains, compression qui refoule et remonte fortement le grand cul-de-sac de l'estomac en prolapsus. Cette expérience réussit in-

variablement. Cependant la ceinture de M. Glénard ne fait pas cesser le bruit ; cela tient probablement à ce que la compression est insuffisante. Il faut ajouter que ce bruit était pour cette jeune fille une véritable infirmité qui lui faisait redouter de paraître devant d'autres personnes. Interprétation. — Théorie probable (voir le schéma fig. 23). L'estomac est certainement déformé comme l'indique la figure. Le grand axe est vertical, le pylore abaissé, mais bien moins que le grand cul-de-sac qui pend dans l'abdomen. La partie moyenne de l'estomac présente un resserrement étroit, en C, dû à l'étranglement de cette partie, comprise entre la rate et le lobe gauche du foie, et probablement aussi à un spasme des fibres circulaires. C'est en ce point qu'on trouve le plus souvent la contraction qui fait l'estomac bilobé. Ce spasme peut être dû à l'irritation de cette région qui supporte le maximum de compression. Il est bien possible aussi que la stricture soit en partie d'origine nerveuse et due à la forte émotion qu'a éprouvée la malade. L'estomac est donc nettement bilobé, formé de deux cavités, A et B, qui communiquent par un point très rétréci. La cavité B est sous-diaphragmatique ; la cavité A est abdominale, formée par la distension de la région pylorique pendant à l'intérieur du ventre. Le pylore est abaissé, mais relativement peu ; dans la situation verticale, il correspond à peu près au niveau du canal qui fait communiquer les deux cavités A et B.

Figure 23

Étant donnée cette position du pylore, la cavité A ne peut se vider facilement, elle renferme toujours du liquide, il y a rétention gastrique. De plus, toujours en raison de cette situation du pylore, le liquide doit être maintenu à un niveau constant dans la station verticale et assise et ce niveau passe par le plan du pylore

et de l'orifice inférieur du canal C (plus haut que nous ne l'avons représenté à dessein).

Dès lors, voici ce qui se produit. Pendant l'expiration, le diaphragme s'élève, B peut se développer, augmente de capacité. A, au contraire est comprimé par la contraction des muscles abdominaux, ce qu'on voit très bien d'ailleurs en examinant la malade nue, debout et de profil. Cette compression de A nécessairement a pour effet de chasser du gaz et des liquides à travers C jusqu'en B, où les bulles éclatent avec un bruit de glou-glou amphorique, pendant toute la durée de l'expiration.

Pendant l'inspiration, le diaphragme s'abaisse plus ou moins, les muscles abdominaux se relâchent. La circulation du gaz et des liquides a lieu en sens inverse et, en raison de la pesanteur qui ajoute son influence, cette circulation est plus rapide ; les liquides tombent brusquement de B en A avec un bruit plus lourd, moins prolongé, moins amphorique.

Pour confirmer cette théorie, M. Bouveret aurait voulu :

1 Faire ingérer du liquide, afin d'augmenter le contenu de l'estomac. Le liquide remontant alors jusque dans B, le bruit devrait cesser ;

2 Vider A en partie avec la pompe : cette évacuation aurait dû donner un résultat analogue.

Malheureusement la malade s'est refusée à toute exploration de ce genre. Le traitement fut institué de la façon suivante : suppression du corset, à remplacer par une ceinture sous-mammaire. — Ceinture de Glénard. — Réduction des liquides. — Hydrothérapie.

OBSERVATION VI

Jeune femme de vingt-six ans, très serrée dans son corset. Bruit de glou-glou dans l'hypocondre gauche. On enlève le corset, le bruit cesse. Il se produit surtout pendant l'inspiration. — En exerçant avec les deux mains une compression de la taille simulant celle du corset, le bruit reparaît exactement avec les mêmes caractères et pendant l'inspiration.

Somme toute, le bruit de glou-glou est bien dû à l'action du corset, qui provoque ou exagère la biloculation de l'estomac ; c'est grâce à cette disposition en sablier que ce bruit peut se produire, grâce à elle qu'il subit des modulations variant avec chaque mouvement respiratoire. Les deux observations de M. Bouveret suffisent à tout expliquer et nous permettent de penser avec une certitude presque absolue que les choses doivent se passer ainsi chez toutes les femmes qui présentent ce gênant phénomène.

On s'est demandé s'il n'existe pas une relation entre cette biloculation et l'ulcère de l'estomac, si commun chez la femme, si rare chez l'homme. M. Glénard croit à l'influence de cet étranglement sur la production de l'ulcère. Bien d'autres pensent comme lui. Pourquoi ne pas accepter une pareille hypothèse ? On prétend qu'il siège très souvent à ce niveau ; pourquoi ne pas admettre que les troubles circulatoires produits par l'irritation et la compression ininterrompues de cette région, troubles analogues à ceux qui se passent sur le foie où le péritoine et la capsule, avons-nous dit, subissent sous la même influence de profondes modifications, en même temps que les cellules hépatiques sous-jacentes se modifient, que les lobules s'atrophient, pourquoi ne pas admettre que ces troubles circulatoires peuvent avoir une in-

fluence sur l'apparition de l'ulcère rond ? L'hypothèse est pour le moins très acceptable.

En résumé, dans le troisième degré de la dislocation les troubles fonctionnels d'ordre mécanique sont les suivants : rétention gastrique ; difficulté, insuffisance de l'évacuation du contenu stomacal. Péristaltisme douloureux trois à cinq heures après les repas ; vomissements parfois ; sensation de tiraillement, douleurs dorsale, lombaire, iliaque ; marche pénible. Clapotage bien au-dessous de l'ombilic ; bruit de glou-glou. Ajoutons que la constipation est fréquente.

2 — Troubles du chimisme. — Nous n'avons sur ce point aucun document précis, constant. M. Bouveret a trouvé tantôt de l'hyperchlorhydrie, tantôt de l'hypochlorhydrie. Il incline à penser que le plus habituellement il y a de l'anachlorhydrie ou de l'hypochlorhydrie. Il en résulterait des fermentations acides secondaires, que favorise d'ailleurs la rétention gastrique.

3 — Troubles du système nerveux et de la nutrition. — Les troubles nerveux et réflexes sont très variables et se modifient beaucoup suivant les sujets. En général, les femmes sanglées par un corset, principalement quand elles ont une certaine opulence de formes, se congestionnent à la fin d'un repas, ont des alternatives de pâleur et de bouffées chaudes à la face ; elles respirent avec peine, ont des palpitations, de l'angoisse précordiale ; le moindre effort exaspère ces phénomènes, et, comme le dit Arnould : « Elles attendent avec angoisse le moment où l'on quittera la position assise et où elles pourront, étant debout, rendre un peu d'espace à leur estomac à qui la dilatation en avant est absolument interdite. » (Voir Observat. VII, page 87.)

La nutrition souffre surtout au moment où s'installe le troisième degré. La rétention gastrique rend l'alimentation insuffisante ; les malades maigrissent d'autant plus que bientôt l'atonie gastro-intestinale survient qui augmente les désordres produits par la poche sous-pylorique ; les aliments s'écoulent dans le duodénum avec les plus grandes difficultés ; des fermentations acides secondaires se produisent. Si les vomissements surviennent, la dénutrition s'accentue, la malade a de l'inanition.

A. — DIAGNOSTIC.

Les principaux éléments du diagnostic se trouvent dans l'anamnèse et dans l'examen local par les divers procédés que nous avons décrits. Toutes les fois qu'on observera, chez une femme ayant coutume de porter un corset serré, des troubles dyspeptiques plus ou moins accusés, on doit rechercher le syndrome des dislocations produites par ce vêtement. Il faut fouiller avec attention l'histoire de la malade et constater si les symptômes observés ne se lient pas intimement à l'usage immodéré du corset. Un examen méthodique des organes complétera les éléments du diagnostic.

Il est pourtant quelques affections qui peuvent être confondues avec ces désordres. Citons en premier lieu l'entéroptose de M. Glénard. Ce que nous avons décrit n'est pas l'entéroptose, dont le point de départ se trouve, d'après cet observateur, dans la dislocation de l'angle droit du côlon. C'est ici l'estomac qui commence, disloqué par la compression du thorax. Que cette dislocation entraîne le côlon, et que cette entéroptose à son tour retentisse sur l'estomac, rien de plus logique. Mais ce qu'il importe de bien mettre en lumière au point de vue du diagnostic, c'est que le corset peut être la cause première des troubles dyspeptiques, ain-

si que le montre l'observation suivante, que nous relatons ici afin de bien établir l'importance de l'anamnèse pour faire le diagnostic entre les dislocations par le corset et l'entéroptose de M. Glénard.

OBSERVATION VII

Mademoiselle J., dix-sept ans, portait, à l'âge de dix ans, une simple brassière qu'elle se faisait fortement serrer. Elle garda souvent cette ceinture, ainsi serrée, pendant plusieurs jours sans l'enlever, même la nuit. À douze ans, elle portait un vrai corset, qu'elle serrait beaucoup plus qu'on ne le fait à cet âge. Elle était gênée, éprouvait déjà le besoin de se desserrer après les repas ; car elle avait du gonflement épigastrique et un point douloureux au niveau des dernières fausses côtes droites.

Elle n'en continua pas moins de se serrer de plus en plus. C'est de quatorze à quinze ans qu'elle fit un véritable excès de constriction : elle s'obstinait, malgré ses souffrances, à se faire une taille très fine. Au bout de peu de temps, les phénomènes pénibles s'accrurent ; survinrent à l'épigastre de violentes douleurs, que la malade compare à un sentiment de torsion. Elles n'apparaissaient qu'après le premier déjeuner du matin, et ne cessaient plus de tout le jour, augmentant après les repas, surtout deux ou trois heures après, et ne cédant qu'au moment précis où elle enlevait son corset. Elle éprouvait alors un véritable soulagement.

En même temps elle avait de la gêne respiratoire, ne pouvait faire un effort, marcher vite, monter un escalier sans avoir, non pas l'essoufflement des chlorotiques, mais une suffocation, une angoisse qui l'obligeaient à s'arrêter. Le point douloureux au niveau du foie s'exaspérait ; elle éprouvait la douleur que l'on res-

sent au niveau de la rate après une course forcée. Elle avait aussi quelques points douloureux à gauche, et quelques-uns sous le sein gauche, profondément. Après les repas, outre la sensation de plénitude, elle éprouvait encore des tiraillements, de la pesanteur ; elle était obligée de dégrafer son corset.

Sa santé s'altéra ; elle pâlit, perdit l'appétit, eut des dégoûts, des perversions, quelques signes d'anémie. Elle digérait mal les aliments liquides, mieux les solides, sous un petit volume. Il semble que son estomac, réduit de volume, se refusait à recevoir une grande quantité d'aliments à la fois. Elle avait des soifs vives. Elle ne vomissait pas, ne maigrissait pas.

Jamais de constipation.

Après un an de cette folle constriction, elle fut obligée, souffrant trop, de tenir plus lâche son corset. Elle n'a pourtant jamais cessé de le serrer un peu. Placée comme ouvrière, elle ne pouvait le garder pendant son travail, mais le remettait dès qu'elle sortait, ce qu'elle fait encore. Nous l'avons vue, après un repas, rougir, puis pâlir, avoir quelques sueurs, éprouver un sentiment de violente tension et des douleurs telles qu'il lui fallut enlever ses vêtements et dégrafer son corset. Alors elle se trouva mieux. Il lui est d'ailleurs impossible de se passer complètement de son instrument de torture ; habituée à avoir le buste serré, dès qu'elle n'a plus ce tuteur rigide, elle éprouve une lassitude dorso-lombaire qui l'oblige à le remettre. C'est un fait que nous avons plusieurs fois constaté. Malgré cela, chaque fois qu'elle enlève son corset, elle ressent un grand bien-être.

Les côtes n'ont qu'un sillon peu accusé, mais le thorax est en forme de baril. Au niveau de la quatrième côte il mesure 78 centi-

mètres, à la huitième, 71 centimètres, à la dernière, 66 centimètres (51 avec le corset) ; c'est donc une différence de 12 centimètres entre la quatrième et la douzième côte (de 27 centimètres avec le corset !), alors que nous avons vu, d'après nos mensurations, qu'il n'y a, entre ces deux circonférences, qu'une différence moyenne de 3 centimètres.

Ajoutons que la malade a coutume, comme d'ailleurs la plupart des femmes, après avoir agrafé son corset, de l'abaisser, de le faire glisser en bas pour le mettre en place, augmentant encore de la sorte le refoulement des organes sous-diaphragmatiques.

Àces phénomènes, franchement dus au corset, se sont ajoutés, depuis quelques mois, d'autres phénomènes dyspeptiques (vomissements, etc.), que l'on peut mettre sur le compte du nervosisme qui s'est peu à peu développé chez cette jeune fille.

Son estomac est vertical, mais nous n'avons pu en préciser la forme et la situation par l'insufflation, la patiente n'ayant pu supporter la sonde.

Le foie déborde un peu les fausses côtes. Le rein droit se laisse facilement énucléer.

Cette observation se passe de commentaires ; il suffit de la lire pour se convaincre qu'il ne s'agit ni d'entéroptose ni d'atonie gastro-intestinale neurasthénique. La dilatation de l'estomac, dans ce dernier cas, est le plus souvent accompagnée d'anachlorhydrie ; elle peut donc se confondre un peu avec la dislocation par le corset. Mais les douleurs et les vomissements font défaut. Ceux-ci sont au contraire fréquents dans la dislocation ; nous connaissons même une jeune fille qui a eu des vomissements la première fois qu'elle a voulu se serrer la taille. L'explo-

ration méthodique par la sonde peut rendre de grands services dans les cas douteux.

« Les dislocations de l'estomac par le corset simulent parfois à un haut degré les symptômes de la maladie de Reichmann », disent MM. Bouveret et Devic. Les points de contact entre ces deux affections sont : le péristaltisme douloureux, « de véritables crises gastralgiques trois à cinq heures après les repas, c'est-à-dire au même moment que celles de l'hypersécrétion permanente. De temps en temps la crise se termine par un vomissement assez abondant, autre analogie avec la gastrosuccorrhée ».

Nous avons dit ailleurs que M. Bouveret, qui a observé beaucoup de cas de ces déformations, pense que l'hypo ou l'anachlorhydrie sont plus fréquentes ici que l'hyperchlorhydrie. L'examen attentif des symptômes (voir le travail de MM. Bouveret et Devic) et surtout les analyses du chimisme stomacal par la sonde, établiront le diagnostic.

Nous en dirons autant pour l'ulcère, qui peut d'ailleurs accompagner la dislocation.

B. — Pronostic.

Les deux premiers degrés de l'affection ne présentent aucune gravité ; souvent même ils passent inaperçus ou ne se révèlent que par des symptômes de peu d'importance, qui disparaissent quand les femmes consentent à se serrer moins.

Il n'en est pas ainsi quand la poche sous-pylorique est formée. L'affection est alors presque irrémédiable : la poche persistera toujours ; c'est un estomac forcé. On peut améliorer la situation d'une semblable gastrectasie ; on ne peut songer à la guérir. Si

par malheur les femmes n'ont pas le courage de renoncer à se faire une taille fine, même à l'âge où elles ne songent plus à plaire, les désordres iront croissant jusqu'au jour où, épuisées par les troubles de nutrition engendrés par leur folie, d'elles-mêmes elles quitteront leur instrument de supplice et se rangeront parmi les femmes raisonnables.

Il est donc urgent, lorsqu'on assiste au début d'une dislocation de l'estomac par abus du corset, de prévenir la patiente, et, sans tarder, de prendre toutes les précautions nécessaires pour écarter le danger et ne pas permettre à la poche sous-pylorique de se former.

Nous nous occuperons surtout du traitement du troisième degré. Néanmoins, nous venons de le dire, il faut que le médecin lutte avant que soit né le mal. Il est de son devoir de prêcher, sinon l'abstention absolue qui n'est plus possible avec les mœurs et les modes de notre époque, du moins l'extrême modération dans l'emploi des corsets.

La plupart des hygiénistes se sont occupés de cette question ; nous ne nous y appesantirons pas. Nous rappelons simplement que les plus grands dangers viennent en premier lieu, de ce que souvent on fait porter aux jeunes filles un corset beaucoup trop tôt, et, plus tard, beaucoup trop serré. C'est un non sens : ce n'est pas au moment où les organes prennent leur essor, qu'on doit les comprimer outre mesure et prêter la main à la chlorose en provoquant des troubles dyspeptiques. D'ailleurs, fille ou femme, serrées au point d'avoir cette taille de guêpe qui soulevait si fort l'indignation de J.-J. Rousseau, n'excitent que la pitié, jamais l'admiration. Peut-être, si elles le savaient, donneraient-elles un peu plus de liberté à leur estomac !

Nous n'entrerons dans aucun détail sur la manière de mettre un corset, ni même sur le mode de construction du corset. (Voir art. Corset in Dict. de Dechambre). Pourtant nous tenons à faire observer que les corsets à tissu trop souple sont dangereux et contraires au plus simple bon sens hygiénique. Non seulement ils ne donnent pas à la femme l'élégance de formes qu'elle recherche, mais encore leur mollesse permet aux liens des vêtements de comprimer la taille. Mieux vaut un corset à baleines plus résistantes, bien que flexibles pour permettre aux mouvements leur aisance ; mais à la condition de proscrire les corsets dits « tout faits », qui façonnent le buste à leur gré au lieu de se plier aux formes du corps. Le plus sûr moyen d'éviter tout désordre, c'est donc d'avoir un corset fabriqué exactement sur la mesure des formes naturelles. Ces mesures doivent être prises sur le nu, et non pas sur un corset déjà en place, comme on le fait habituellement. Il va sans dire que jamais il ne sera serré.

Traitement du troisième degré.

Ce traitement comporte trois indications :

1 Supprimer la cause : le corset ;

2 Diminuer la capacité de l'estomac et surtout la poche pylorique ;

3 Fournir à la malade un régime en rapport avec les modifications de son estomac.

La première indication est de supprimer le corset ; il faut faire comprendre à la malade l'urgence de ce sacrifice. Jamais cependant elle ne s'y résignera, si l'on n'a soin de lui fournir quelque chose qui puisse suppléer son corset. Il faut d'ailleurs se souvenir

que les vêtements sont maintenus en place par des liens plus ou moins serrés qui, appliqués sans un intermédiaire un peu rigide, ont leurs inconvénients. Supprimer ne suffit donc pas ; il faut trouver autre chose qui ne soit plus nuisible. La femme « remplacera, dit M. Bouveret, cet instrument de torture par une ceinture sous-mammaire, comparable à la brassière des jeunes enfants, maintenue par des bretelles qui passent sur les épaules, <ceinture à laquelle sont fixées les diverses pièces du vêtement. J'ai souvent fait fabriquer ce petit appareil. Il me paraît être un adjuvant fort utile de la sangle hypogastrique ».

Cette ceinture doit remplir les indications suivantes : supprimer la constriction de la base du thorax par le corset. Supprimer la constriction des liens des vêtements. Soutenir les seins. Permettre les mouvements de flexion du tronc.

Sa première qualité est donc d'être très peu haute. Elle sera très rigide, faite en coutil très résistant, armée de baleines droites, solides ; elle sera lâche ; nous voulons une cuirasse flottante ; les bretelles l'empêcheront de descendre. Au niveau des seins, on pratiquera un gousset suffisant pour les soutenir. Il est préférable de fermer cette ceinture par devant ; le lacet, même en caoutchouc, sera supprimé, bien entendu ; on utilisera pour la fermeture deux ou trois bandes caoutchoutées à œillets qui s'adapteront à un crochet placé à l'autre extrémité de la ceinture. Quelques crochets sur le bord inférieur de l'appareil permettront de fixer les vêtements, sans avoir besoin de les serrer avec des cordons.

Faite ainsi, cette ceinture sera toujours facilement supportée, tout en rendant de grands services. À cet effet, il faut remplir une

seconde indication : diminuer la capacité de l'estomac et surtout de la poche sous-pylorique.

Le premier moyen consiste à relever les viscères prolabés, à comprimer de bas en haut l'ectasie gastrique. On prescrira donc la ceinture de M. Glénard, en y ajoutant une forte et large pelote à la partie moyenne, pour refouler par en haut la poche sous-pylorique et lui permettre de se vider aisément dans le duodénum. En facilitant l'évacuation de l'estomac, on supprimera la dénutrition due à la rétention gastrique, et aussi le péristaltisme douloureux et les différents malaises liés à la présence de cette poche abdominale.

On peut d'ailleurs adjoindre à ces moyens la faradisation de l'estomac. Elle est efficace, quoi qu'on en ait dit, mais à la condition d'être faite avec persévérance. Les Allemands la préconisent beaucoup. M. Bouveret en décrit avec soin la technique. Elle se résume aux données suivantes : « M. Ziemssen recommande de se servir de très grandes électrodes, d'une surface de cinq cents à six cents centimètres carrés, formées d'une plaque métallique légèrement recourbée et garnie de peau ou d'éponge. Ces électrodes sont donc plus grandes que la main ; elles ont de vingt à vingt-cinq centimètres de côté. La plus grande est placée sur la paroi antérieure de l'abdomen, du pylore vers le grand cul-de-sac de l'estomac, la plus petite en arrière, du grand cul-de-sac vers la colonne vertébrale. Elles correspondent ainsi aux deux parois de l'estomac et les bords n'en sont séparés l'un de l'autre que par un très court intervalle. La grande surface des électrodes assure la pénétration et l'efficacité du courant.

« … J'ai placé ordinairement le pôle positif en arrière et le négatif en avant. Chez nos malades, la séance avait lieu de préfé-

rence immédiatement avant le repas et durait de quinze à vingt minutes, avec ou sans interruptions. »

M. Bouveret ajoute que « M. Erb place une grande électrode au dos, contre les apophyses épineuses, à la hauteur du cardia, et, avec l'autre électrode, plus petite, il touche successivement l'épigastre et tous les points de la paroi antérieure de l'estomac. » Le pôle positif est en arrière, le négatif en avant. « La séance dure de huit à dix minutes, elle est répétée tous les jours, et, si l'on pratique le lavage de l'estomac, elle a lieu aussitôt après cette opération. »

Cette excitation directe de l'estomac produirait une contraction de la paroi de l'organe, égale, dit Ziemssen, à la surface des électrodes. L'électricité agit « sur les nerfs, les muscles, les glandes de l'estomac et aussi sur la peau ».

Le massage des parois du ventre et de l'estomac peut produire de bons effets pour réveiller leur tonicité. Weir Mitchell (cité par M. Bouveret) l'a étudié longuement à propos de la constipation des neurasthéniques. On trouvera dans le livre de M. Bouveret sur la Neurasthénie tous les renseignements désirables sur le manuel opératoire de ce massage (page 386).

Ajoutons simplement qu'on doit s'en abstenir si l'on soupçonne l'existence d'un ulcère.

L'hydrothérapie est un bon moyen. Mais, surtout chez les femmes affaiblies par la dénutrition consécutive à la rétention gastrique, on doit se garder d'une hydrothérapie violente ; il faut proscrire la douche en colonne et même le jet brisé, ainsi que les douches écossaises ; les affusions froides et surtout la douche en

pluie très courte (15 à 30 secondes au maximum), suivies de massage, seront très utiles.

Enfin, lorsqu'il existe une vaste poche avec rétention gastrique marquée, accompagnée de douleurs violentes, on permettra l'évacuation de l'estomac par la sonde, suivie d'un lavage. Il ne faut pas abuser de cette méthode, qui peut augmenter la dénutrition. Il vaut mieux au préalable essayer du moyen suivant, que recommande M. Bouveret.

Après ses repas, la malade s'étendra sur le dos, en relevant même un peu le siège à l'aide d'un coussin ; le buste sera au contraire plutôt abaissé. Le contenu stomacal se répartit ainsi sur toute la face postérieure de l'organe. On évitera de la sorte au cul-de-sac sous-pylorique une distension nouvelle par le poids des aliments ingérés qui, d'ailleurs, étalés sur une plus grande surface de muqueuse, et de muqueuse peut-être plus saine que celle de la poche, seront mieux imprégnés des sucs gastriques, mieux chymifiés. Lorsque sera terminée la chymification, trois ou quatre heures après le repas, la patiente devra se coucher sur le côté droit, la tête basse, afin d'amener la bouillie alimentaire à l'orifice pylorique. De cette manière on favorisera l'évacuation stomacale, on évitera la stagnation dans le cul-de-sac, on supprimera les dangers de celui-ci.

Il faut apporter tous ses soins à régler l'alimentation de la malade. Cette alimentation doit être en rapport avec les troubles de la fonction de l'organe.

On choisira donc les aliments qui nourrissent sous un petit volume : la viande, les œufs. Malheureusement, tous les régimes exclusifs, en particulier le régime carné, ont leurs dangers ; ils ne

répondent pas à notre organisation qui exige un régime mixte. Le régime carné fait maigrir ; il ne suffit pas à notre nutrition. C'est un point que MM. Bouveret et Devic ont bien fait ressortir.

Nous croyons que le régime qu'ils conseillent à leurs dyspeptiques doit convenir parfaitement à nos malades. « On conseillera, disent-ils, des purées très cuites et bien passées, de pommes de terre, de lentilles, de châtaignes, des pâtes alimentaires très cuites. Le malade ne mangera que très peu de pain. »

Les boissons seront évidemment beaucoup réduites pour ne pas augmenter l'ectasie.

C'est ainsi que le lait peut avoir des inconvénients en favorisant, si l'on en prend beaucoup, le développement de la poche sous-pylorique. À moins cependant que les malades n'aient la constance d'ingérer leur lait par très petites doses souvent renouvelées, ce qui supprime l'inconvénient que nous venons de signaler.

Nous avons dit que le chimisme peut être troublé. On cherchera quel est le taux d'acide chlorhydrique et, suivant les cas, on pourra, donner soit du bicarbonate de soude, quatre à dix grammes par jour, soit de l'acide chlorhydrique, à la dose de un demi-verre une demi-heure après les repas, de limonade chlorhydrique à deux ou quatre grammes par litre.

De cette étude nous pouvons conclure que :

Parallèlement aux désordres produits par le corset sur le thorax, le foie, la rate, le rein droit, il y a lieu de considérer ceux qu'il détermine sur la statique et les fonctions de l'estomac, à savoir : déviations de l'organe dont l'axe devient vertical et qui est refoulé

à gauche, tout en pouvant rester petit, cylindrique (premier et deuxième degrés) ; il peut aussi se dilater, et prendre au-dessous du pylore la forme d'une poche plus ou moins vaste dont les conséquences (rétention gastrique, fermentations acides secondaires, péristaltisme douloureux, dénutrition) peuvent être graves.

Le remède est dans une hygiène bien entendue de ce vêtement, puis, au troisième degré, dans un traitement méthodique, traitement causal et traitement symptomatique.

Sources et licence

Texte : https://fr.wikisource.org/wiki/L%E2%80%99Estomac_et_le_Corset. Domaine public ; transcription Wikisource CC BY-SA 4.0. Mise en forme : liregratuitement.com. Tout ce que nous ajoutons reste libre.