

Dans la dilatation de l'estomac, les limites de l'organe se dessinent, grâce au même procédé, avec bien plus de netteté, que pour l'estomac non dilaté; la grande courbure, naturellement, descend au-dessous de l'ombilic, et de plus elle s'étend très loin à droite et à gauche.

Dans quelques cas, j'ai pu reconnaître sur le vivant l'existence d'un *estomac en sablier* à un retrait profond vers le milieu de la courbure stomacale, et mon diagnostic a été confirmé par l'autopsie.

Quelquefois on constate que, très peu de temps après le gonflement artificiel de l'estomac, l'intestin grêle et le côlon se remplissent de gaz, de telle sorte que tout le ventre est tendu et météorisé. Dans certains cas même la distension visible de l'estomac manque presque complètement et l'on n'observe qu'une dilatation aiguë des anses de l'intestin grêle. Ce signe, sur lequel Ebstein a attiré l'attention, indique l'*insuffisance du pylore*, et la possibilité pour les gaz de pénétrer de l'estomac directement dans les intestins. Ordinairement il s'agit de destruction de la musculature du pylore par un ulcère ou une tumeur cancéreuse, plus rarement de troubles d'innervation ou de relâchement du sphincter pylorique à la suite d'une gastrite intense. D'après Kussmaul, l'insuffisance physiologique du pylore n'existe que pour l'estomac à jeun.

Dans certains cas, on aperçoit les *mouvements péristaltiques* de l'estomac. Ces mouvements se traduisent par des étranglements et des soulèvements qui ondulent et progressent de gauche à droite et sont souvent même perceptibles à la palpation. Bamberger a remarqué qu'il se produisait un étranglement d'abord vers le milieu de l'organe, qui prend pour ainsi dire la forme d'un 8 et que de là partent les mouvements pour se diriger vers le pylore et le cardia. Quelquefois la succession des mouvements est extrêmement irrégulière, de telle sorte qu'ils se font tantôt dans un sens, tantôt dans un autre. Souvent ils apparaissent spontanément; d'autres fois, on les produit par la percussion, l'aspersion avec de l'eau froide, ou l'excitation faradique des parois abdominales. Ces mouvements se rencontrent surtout dans le rétrécissement du pylore qui a amené la dilatation de l'estomac et l'hypertrophie de sa tunique musculaire. Cependant, dans ces derniers temps, Kussmaul a fait remarquer qu'il pouvait se produire également sans cette lésion, par une sorte de névrose de la motilité, appelée *agitation péristaltique de l'estomac*. Dans la dilatation stomacale, il faut veiller à ne pas confondre le péristaltisme avec des mouvements analogues que peuvent engendrer des anses intestinales intercalées entre l'estomac et la paroi abdominale.

A l'inspection, on voit parfois s'exécuter des mouvements de l'estomac qui se dirigent du pylore au cardia: ce sont les *contractions antipéristaltiques*.

Dans certains cas, on constate à l'œil dans la région épigastrique des *tumeurs lisses* ou *nouveuses*. Le plus souvent, elles existent à droite et un peu au-dessus de l'ombilic; dans ce cas il s'agit d'une tumeur du pylore. Mais comme le pylore, chez l'homme bien portant, est masqué par le lobe gauche du foie, ces tumeurs ne peuvent devenir visibles que si l'orifice pylo-

rique est situé plus bas qu'à l'état normal, accident que favorise déjà le poids même des tumeurs. Dans les mouvements respiratoires, les tumeurs visibles de l'estomac ne changent ordinairement pas de place, ce qui les distingue des tumeurs du foie et de la rate, à moins toutefois que les mouvements ne leur soient communiqués par des adhérences existant entre le foie et l'estomac. Parfois, ces tumeurs présentent des soulèvements et des affaissements pulsatiles qui leur viennent de l'aorte abdominale. Leur présence n'est pas toujours également facile à constater par l'inspection, ce qui tient aux changements de position de l'estomac suivant qu'il est plein ou à jeun. A l'aide de la distension par l'acide carbonique, on peut se rendre compte de ces changements et les utiliser pour le diagnostic différentiel avec les tumeurs d'organes voisins.

On a encore tenté de pratiquer l'inspection de l'estomac par voie directe. C'est ainsi que Milliot cherchait à éclairer les parois stomacales en y dirigeant un jet de lumière électrique. Tout récemment, Leiter et Nitze, ont, eux aussi, construit des *gastérosopes* qui nécessitent l'emploi de la lumière électrique. A l'aide de certaines dispositions de lentilles, ils purent inspecter directement la muqueuse de l'estomac. Avant de se prononcer sur les résultats pratiques de ces essais, il faut attendre de nouvelles expériences.

Les *pulsations épigastriques* visibles ne sont pas en connexion immédiate avec des affections gastriques et ne peuvent être utilisées par le diagnostic de ces dernières. En ce qui concerne leur nature et leur signification, nous renvoyons le lecteur au chapitre de l'examen des artères (1).

B. — PALPATION DE L'ESTOMAC

De même que le palper abdominal, celui de l'estomac nécessite certaines mesures de précaution. Tout d'abord, il faut toujours palper avec des mains chaudes, afin d'éviter la contraction réflexe des parois abdominales qui s'oppose naturellement à l'examen. Il faut éviter également tout mouvement saccadé des doigts et pénétrer lentement, mais d'une façon continue, vers la profondeur. Pour obtenir le relâchement le plus prononcé possible des parois abdominales, il est bon de faire fléchir au malade les cuisses sur le bassin et les jambes sur les cuisses, de l'engager à respirer vite et superficiellement et de converser avec lui pendant l'exploration afin de détourner son attention.

Dans la *palpation*, l'attention doit être dirigée avant tout sur la *sensibilité de l'épigastre*. Cette sensibilité peut être circonscrite ou diffuse, ce qui

(1) Nous avons dit plus haut, que, d'après M. Glénard, les pulsations épigastriques indiqueraient un abaissement du côlon transverse, abaissement corrélatif d'une chute plus ou moins marquée de tous les viscères de l'abdomen (splanchnoptose).

indique, selon le cas, l'existence de foyers morbides localisés ou des lésions plus étendues de la paroi stomacale (1).

Les parois stomacales deviennent en partie accessibles à la palpation dans les cas où l'organe sain a été distendu artificiellement par de l'acide carbonique, ou dans ceux où le viscère dilaté par la maladie est fortement rempli de gaz. On éprouve alors au palper une sensation de résistance qui rappelle celle d'un coussin de caoutchouc insufflé.

Dans tout autre cas, on n'arrive ordinairement à sentir les parois gastriques que lorsque celles-ci sont le siège d'*altérations anatomiques*. Le plus souvent il s'agit de *dégénérescence cancéreuse de l'estomac*; mais les *cicatrices des parois* et l'*hyperplasie de la tunique musculaire* peuvent produire le même effet. Les abcès de la paroi de l'estomac sont très rarement perceptibles à la palpation sous forme de tumeurs.

Les *corps étrangers* de l'estomac peuvent se manifester à la palpation. Ainsi Best relate l'observation d'une femme de 30 ans, chez laquelle on avait constaté dans la région ombilicale une tumeur dure, lisse et mobile. A l'autopsie, on la trouva constituée par une pelote de cheveux du poids de 900 gr. Depuis l'âge de 15 ans, la malade avait l'habitude d'avaler des cheveux. Russel, Inmann et Schönborn ont publié des cas analogues. Kooyker a observé un pseudo-néoplasme de l'estomac qui n'était autre chose, on le constata à l'autopsie, qu'une boule de substances végétales.

Dans certains cas, les lésions des parois stomacales se traduisent simplement par un *accroissement de la sensation de résistance*; dans d'autres au contraire, on peut tracer exactement les limites des parties malades. Les tumeurs cancéreuses, fournissent le plus souvent la sensation de masses *bosselées, dures*; tandis que dans l'hypertrophie de la tunique musculaire, le point lésé est souvent lisse sous la main. Si l'hypertrophie se borne exclusivement à la musculature du pylore, on doit, malgré l'absence d'inégalité sur les parois de la tumeur, soupçonner l'existence d'une production maligne.

Ordinairement les tumeurs stomacales sont mobiles; elles n'offrent cependant aucun déplacement respiratoire. Cela tient à l'élasticité de l'estomac, élasticité qui lui permet de compenser par une distension latérale toute pression venant du diaphragme. Lorsque les parois du viscère sont dégénérées dans leur totalité, leur distension se trouve gênée et il peut se produire des déplacements respiratoires, ainsi que le démontre une observation de Leube. Il en est de même quand la tumeur a contracté des adhérences avec le foie qui lui communique ses mouvements. Comme les parois abdominales se dilatent à chaque inspiration, il faut encore veiller à ne pas confondre le déplacement de celles-ci à la surface du néoplasme avec un déplacement de

(1) La sensibilité est obtuse dans la gastrite et dans le cancer, très vive et très localisée dans l'ulcère simple, très vive et diffuse si l'ulcère se complique de péritonite. Dans les gastralgies qui ne sont pas liées à une lésion des parois stomacales, la douleur est plus souvent calmée que provoquée par la pression. En cas de douleur épigastrique survenant par accès, il faut toujours penser à la possibilité d'une *colique hépatique-pseudo-gastralgique*.

la tumeur elle-même. Dans le cas où des tumeurs de l'estomac présenteraient des pulsations, on reconnaîtra que ces dernières lui sont communiquées par l'aorte abdominale à ce fait qu'au lieu de se trouver en face d'une dilatation pulsative en tous sens comme dans les anévrysmes, on n'a affaire qu'à de simples soulèvements et affaissements successifs.

Lorsque l'estomac renferme en même temps des gaz et des liquides et qu'on lui imprime des secousses intermittentes, on obtient des *bruits de succussion* qui se traduisent à la palpation par de grosses ondulations. On peut les produire chez l'homme bien portant; toutefois, leur maximum d'intensité se constate dans la dilatation de l'estomac. Ferber a essayé d'utiliser la constatation de ces bruits pour déterminer les limites de la grande courbure de l'estomac, ces bruits cessant naturellement d'être perceptibles au-dessous de celle-ci (1).

Le *cathétérisme de l'estomac* constitue une sorte de palpation médiate. Pour le pratiquer, on peut se servir des instruments que l'on emploie pour le cathétérisme de l'œsophage; la sonde doit naturellement être plus longue. Les instruments dont on fait le plus souvent usage sont les sondes œsophagiennes ou gastriques anglaises.

Par le cathétérisme on peut déterminer la position du cardia, en reconnaître les sténoses et établir les limites de la grande courbure de l'estomac. Le premier de ces diagnostics a une importance très grande en cas de tumeurs cancéreuses du cardia, celles-ci restant souvent inaccessibles aux autres méthodes d'investigation; le dernier est précieux dans les cas de gastrectasie. Leube a montré le premier qu'on pouvait sentir à travers les parois

(1) BRUIT DE CLAPOTAGE GASTRIQUE. — A tous les signes fournis par l'auteur pour le diagnostic de la dilatation de l'estomac, nous préférons la recherche du bruit de clapotage.

Le clapotage est un bruit hydro-aérique qu'on perçoit en palpant avec de petites secousses, la région stomacale. Il a été décrit d'abord par Chomel qui le considérait toujours comme un signe morbide indiquant une dyspepsie des liquides, c'est-à-dire une dilatation de l'estomac. Mais cette manière de voir est inexacte. Le bruit de clapotage gastrique peut être perçu chez des sujets dont l'estomac est normal.

Pour que le bruit de clapotage gastrique devienne un signe de dilatation de l'estomac, il faut qu'il remplisse deux conditions, l'une topographique, l'autre chronologique; ces conditions ont été bien établies par MM. Bouchard et Le Gendre, par M. Audhoui, M. Baradat.

Le bruit de clapotage gastrique est un signe de dilatation stomacale: 1° lorsqu'il s'entend hors des limites normales de l'estomac, c'est-à-dire au-dessous d'une ligne qui va de l'ombilic au point le plus proche du rebord costal gauche (Bouchard); 2° lorsque le sujet est à jeun (Bouchard), ou immédiatement avant le repas suivant (Audhoui), ou six heures après la fin du repas précédent.

Il faut éviter de confondre le bruit de clapotage gastrique avec le gargouillement des côlons. C'est une erreur qui se commet communément chez l'enfant.

Qu'il nous soit permis d'ajouter que la recherche de la dilatation stomacale doit être faite avec le plus grand soin et dans presque tous les cas. Cette règle s'impose surtout depuis que M. le professeur Bouchard a montré que l'estomac était un centre pathogénique de premier ordre et que bon nombre de troubles éloignés étaient liés à une auto-intoxication ayant son origine dans les fermentations anormales qui se passent dans un estomac dilaté.

abdominales la sonde introduite dans l'estomac; il a même réussi par la palpation des parois abdominales combinée au toucher rectal à sentir l'extrémité de la sonde entre les deux mains exploratrices. Or, comme le contact de la paroi inférieure de l'estomac se trahit par une légère résistance, on voit que le cathétérisme de l'estomac donne le moyen de délimiter la position de la courbure inférieure de l'organe. Leube a reconnu que chez les individus bien portants on sentait l'extrémité de la sonde au moins à la hauteur de l'ombilic; sur le cadavre, il a pu faire descendre la région située en face du cardia jusqu'au niveau d'une ligne horizontale allant de l'une à l'autre des épines iliaques antérieures et supérieures. Il conclut de là, avec raison, qu'il y a certitude de dilatation stomacale, lorsque sur le vivant, le bout de la sonde descend au-dessous de cette ligne.

Penzoldt a cherché, à l'aide d'une série de mensurations pratiquées sur des individus bien portants, à savoir de combien de centimètres on pouvait faire pénétrer la sonde dans l'estomac et à utiliser le résultat obtenu pour le diagnostic de la gastrectasie. Il trouva comme moyenne un chiffre de 60 centim., chiffre inférieur à la longueur de la colonne vertébrale; dans trois cas de dilatation de l'estomac, le segment de sonde introduit fut de 70 centim., chiffre égal à la longueur de la colonne vertébrale.

Purgecz s'y prit d'une façon un peu différente. Il mit la sonde en communication avec un manomètre. Tant qu'elle fut dans l'œsophage, ce dernier indiqua une pression négative qui devint positive aussitôt que l'instrument eût passé le trou œsophagien du diaphragme. Lorsque l'estomac est normal, on peut, à partir de cet endroit, introduire la sonde encore sur une longueur de 27 à 30 centim., avant de sentir de la résistance du côté de la paroi stomacale opposée au cardia. Avec ce procédé, le diagnostic de la gastrectasie paraît facile.

Schreiber a essayé d'adapter à l'extrémité inférieure de la sonde, au-dessus des yeux, une petite vessie en caoutchouc, de l'insuffler une fois arrivée dans l'estomac et de rendre visibles de cette façon les limites de la poche stomacale.

Rosenbach introduisait dans l'estomac une sonde munie à son orifice supérieur d'une poire de caoutchouc. Lorsque l'estomac contient des liquides et que les yeux de la sonde plongent dans ce liquide, si on injecte de l'air par la sonde et qu'on ausculte en même temps l'épigastre, on entend des râles amphoriques à grosses bulles et du bruit de glouglou. En retirant plus ou moins la sonde on peut déterminer le niveau du liquide, qui est évidemment situé à la hauteur exacte où cessent les râles. Si l'on introduit dans un estomac sain environ cent centim. cubes de liquide, on constate que le niveau du liquide a monté sensiblement; inversement, on constate que ce niveau a baissé quand on a retiré le liquide. Au contraire, dans un estomac dilaté, l'introduction de quantités de liquide bien plus considérables ne produit qu'une ascension légère du niveau du liquide.

Rosenbach pense qu'on peut utiliser ce procédé avec beaucoup d'avantage pour le diagnostic des périodes initiales d'une gastrectasie confirmée, périodes qu'il a proposé de désigner sous le nom d'*insuffisance stomacale*.

Il entend par là un état où les forces expulsives de l'estomac sont insuffisantes, d'une façon d'abord intermittente, puis permanente. La limite de l'aptitude fonctionnelle de la musculature de l'estomac est donnée par le défaut d'ascension du niveau du liquide sous l'influence de l'ingurgitation de liquide et quelquefois même par sa baisse immédiate.

Jaworski s'est servi également dans ces derniers temps de ce procédé et il a montré que, si l'on introduit dans l'estomac une substance dont le dosage quantitatif est facile et si, au bout d'un certain temps, on retire avec un siphon le contenu du viscère pour en déterminer à nouveau le rapport quantitatif, la dilution de la substance primitivement introduite permet de conclure à la quantité de liquide existant dans l'estomac.

C. — PERCUSSION DE L'ESTOMAC

La percussion de l'estomac sain donne des résultats éminemment variables. Le son de percussion dépend en effet du contenu stomacal aussi bien que de la tension des parois gastriques. On trouve donc tantôt de la sonorité tympanique, tantôt un son métallique, tantôt un son mat ou obscur, tantôt enfin des combinaisons de ces diverses formes de son. Comme l'estomac subit des dilatations et des rétrécissements actifs, il peut facilement arriver que le son de percussion change en très peu de temps quant à sa hauteur et à son caractère acoustique tout entier. De même on comprend aisément que les limites de l'estomac ne seront pas toujours les mêmes, quoiqu'à chaque estomac corresponde un maximum de distension déterminé. C'est dans ces conditions complexes que résident les difficultés réelles de la percussion de l'estomac.

L'estomac, par son fond, est logé dans la concavité de la voûte gauche du diaphragme et occupe, dans la cavité abdominale, une situation telle qu'environ 5/6 de son volume sont à gauche de la ligne médiane et 1/6 seulement à droite de cette même ligne. La position de l'estomac n'est pas horizontale, comme on le professait jadis à tort, mais plutôt verticale.

Le point où l'œsophage fait place au *cardia* n'est pas toujours situé à la même hauteur; le plus souvent il correspond au commencement de la onzième vertèbre dorsale; il peut cependant s'élever jusqu'à la neuvième. En avant, le niveau serait à peu près celui de l'insertion sternale du cartilage de la 7^e côte gauche. Il faut bien se garder de croire que c'est là le point le plus élevé de l'estomac. Ce point est en effet le sommet du fond de l'organe, qui atteint la hauteur de la 9^e dorsale et dépasse le cardia d'environ 3 à 5 centimètres (fig. 178).

La *petite courbure de l'estomac* suit tout d'abord le côté gauche du rachis en se dirigeant verticalement de haut en bas. A la hauteur de la 1^{re} vertèbre lombaire, elle s'infléchit presque à angle droit vers la droite et, arrivée à droite de la ligne médiane, elle remonte vers la portion pylorique en demeurant très voisine de cette même ligne. La petite courbure est entièrement recouverte par le lobe gauche du foie (fig. 179). Elle n'est donc

accessible à une exploration directe que si l'estomac est situé plus bas qu'à l'état normal.

Le *pylore* est masqué par le lobe droit du foie. Il se trouve à droite de la ligne médiane, à une distance de 4 centim. environ ; en tous cas, il ne fait jamais saillie dans l'hypochondre droit et est le plus souvent en contact par son bord latéral avec le point d'union des 7^e et 8^e cartilages costaux (fig. 179). En moyenne, il est situé à 7 centim. au-dessous du niveau du cardia. Il en résulte que les affections du pylore ne sont justiciables d'un

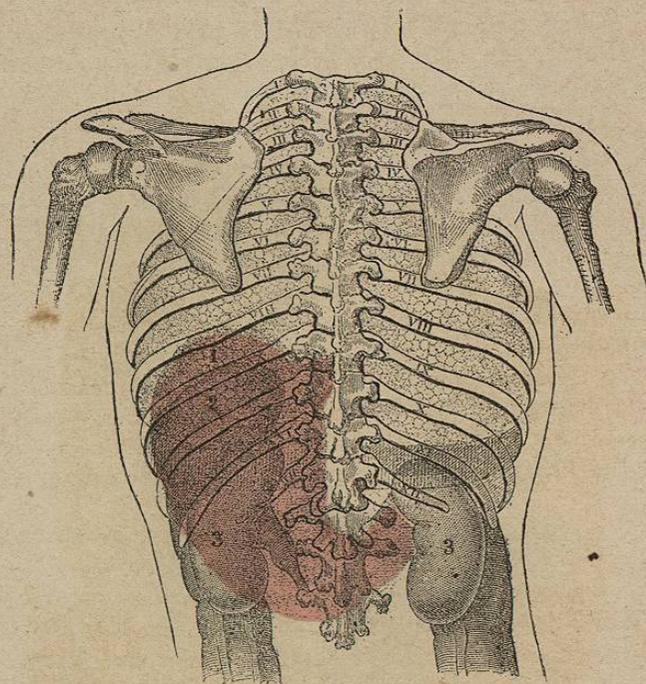


FIG. 178. — Situation de l'estomac, vue postérieure.

1. Estomac. — 2. Rate. — 3. Reins.

examen direct que si le pylore est plus bas qu'à l'état normal. Du reste, le pylore n'est pas le point situé le plus à droite ; le point le plus éloigné de ce côté, appartient à une portion de la région pylorique située au-dessous de lui (fig. 179).

La *grande courbure* de l'estomac a sa convexité dirigée vers l'hypochondre gauche et la paroi antérieure de l'abdomen. Dans son segment supérieur, elle est en grande partie entourée de parenchyme pulmonaire, dans ses segments inférieur et antérieur, au contraire, elle est en contact avec l'hypochondre gauche et l'épigastre. A droite de la ligne médiane, elle s'élève petit à petit, et à partir du fond de la vésicule biliaire elle se dirige

vers la portion pylorique (fig. 179). Sa distance de l'ombilic, sur la ligne médiane, varie avec l'état de réplétion de l'estomac ; elle est ordinairement, l'estomac étant plein, de 2 à 4 centim. ; mais il est également des cas où la grande courbure descend jusqu'au niveau de l'ombilic.

La partie de l'estomac qui est en contact avec l'hypochondre gauche et l'épigastre est seule directement accessible à la percussion. Cette partie correspond à une portion de la paroi antérieure et supérieure de l'organe. Lorsque celui-ci est rempli de gaz, ce département est limité en haut et à gauche par la transformation du son pulmonaire en sonorité tympanique, la limite latérale se trouvant dans la ligne axillaire antérieure gauche. En haut et à droite, la

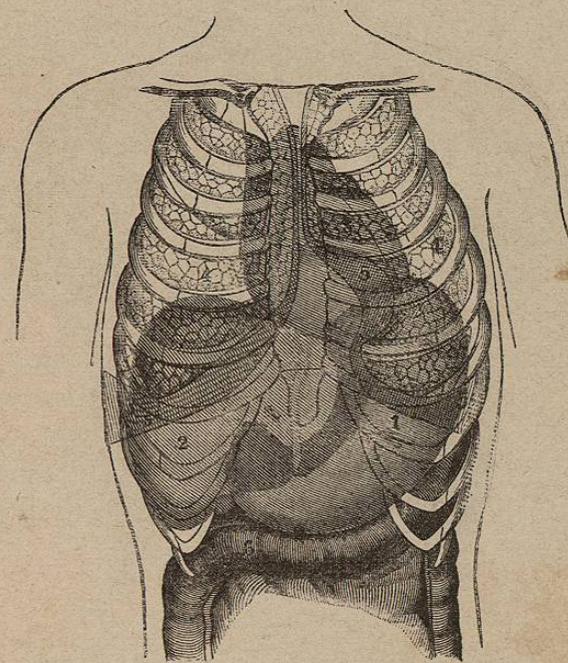


FIG. 179. — Position de l'estomac, vue antérieure.

1. Estomac. — 2. Foie. — 3. Cœur. — 4. Poumons. — 5. Espaces pleuraux complémentaires. — 6. Côlon transverse.

délimitation est indiquée par le passage de la matité hépatique à la sonorité tympanique. En bas, cette délimitation n'est possible pour l'estomac et le côlon, que lorsque le son tympanique de l'estomac devient mat, parce que cette portion du tube digestif renferme des matières solides ou qu'il est moins élevé et moins intense en raison de la présence en cette dernière de fluides gazeux. On peut donc pour l'estomac distinguer trois limites : en haut et à gauche, la limite *gastro-pulmonaire* ; en haut et à droite, la limite *gastro-hépatique* ; et en bas, la limite *gastro-colique*.

Dans les cas où le lobe gauche du foie ne va pas jusqu'à la région du

choc de la pointe du cœur, il existe encore entre les limites gastro-pulmonaire et gastro-hépatique une limite *gastro-cardiaque*.

Nous devons insister ici sur les *difficultés inhérentes à la percussion de l'estomac*. Lorsque ce dernier est entièrement vide ou rempli de masses solides, sa délimitation avec le foie devient chose impossible ; si le côlon lui-même contient encore des masses solides, il sera impossible également d'établir la limite stomacale inférieure. Quand l'estomac ne contient que de petites quantités de gaz et que le côlon est aussi distendu par des gaz, le son tympanique stomacal peut être absolument identique à celui du côlon,

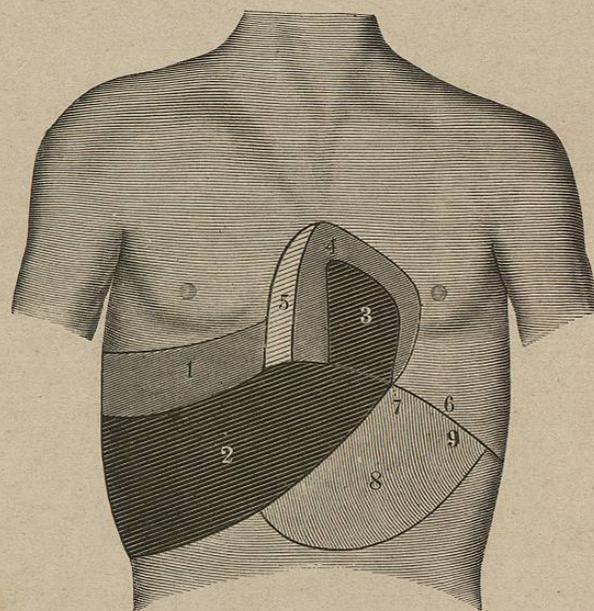


FIG. 180. — Limites de percussion de l'estomac.

1. Grande matité hépatique. — 2. Petite matité hépatique. — 3. Petite matité cardiaque. — 4. Grande matité cardiaque. — 5. Résistance cardiaque. — 6. Bord inférieur du poulmon gauche. — 7. Angle hépato-pulmonaire. — 8. Limites de l'estomac. — 9. Espace semi-lunaire de Traube.

de sorte qu'on ne peut déterminer la limite gastro-colique par la percussion.

Dans les deux cas, la méthode de Frerichs, c'est-à-dire la distension de l'estomac par l'acide carbonique, offrirait des avantages. Dans le premier cas, elle donnerait au niveau de l'estomac de la sonorité tympanique ; dans le second, ce même son tympanique, en raison de la distension plus considérable de l'estomac, aurait une tonalité plus basse. On pourrait encore, il est vrai, obtenir la délimitation gastro-colique d'une autre manière. Il faudrait, comme l'a proposé Mader, introduire par la voie rectale dans le côlon, suivant le cas, du gaz ou du liquide, en sorte que la délimitation devint possible.

La percussion de l'estomac se pratique le plus facilement dans le décubi-

tus dorsal, parce que dans la position verticale, la forte tension des parois abdominales peut devenir gênante. Cette percussion devra toujours être superficielle.

La figure fournie par la percussion de l'estomac au niveau de l'hypochondre gauche occupe un espace s'étendant du 6^e au 9^e cartilage costal et de la région de la pointe du cœur jusqu'à la ligne axillaire antérieure. Cet espace a à peu près la forme d'un croissant, le bord inférieur de la moitié gauche du thorax figurant la corde d'un arc à convexité supérieure ; il atteint une longueur moyenne de 12 centim. et sa hauteur maxima est de 8 à 10 centim. Cette zone constitue l'espace *semi-lunaire* de Traube, qui correspond principalement au fond de l'estomac (fig. 180). Dans bien des cas, la limite supérieure de cet espace au lieu d'être convexe, présente une légère concavité supérieure ; mais c'est là, quoi qu'en dise Weil, une exception qui dépend essentiellement du trajet du bord inférieur du poumon gauche immédiatement au-dessous de l'appendice linguiforme ; en ce point, on constate d'habitude une légère convexité qui regarde en haut ; dans certains cas plus rares, on observe un trajet plutôt rectiligne ou à concavité supérieure.

Le segment épigastrique de l'estomac, lorsque ce dernier a subi une distension artificielle préalable, peut être suivi souvent jusqu'au niveau de l'ombilic, mais se termine la plupart du temps à 4 centim. au-dessus de ce point.

A droite de la ligne médiane, on peut explorer l'organe, ainsi que l'a dit Wagner en se basant sur des études très bien faites, sur une largeur de 5 centim. environ ; plus loin il disparaît derrière le lobe hépatique droit.

Les chiffres moyens obtenus par Wagner pour le contour de la percussion de l'estomac sont les suivants :

Plus grande largeur.....	20 centim.
Hauteur sur la ligne mammaire gauche.....	12,5
» » parasternale gauche.....	15,5
» » médiane.....	9
» » parasternale droite.....	4

Par la percussion de l'estomac, on peut chercher à apprécier la *diminution ou l'augmentation de volume, les déplacements et les tumeurs de l'organe*.

Diminution de la figure de percussion de l'estomac. — Il peut exister une diminution de la figure de percussion de l'estomac, sans que celui-ci soit lui-même diminué de volume. Lorsque le lobe gauche du foie est notablement hypertrophié, la limite gastro-hépatique se déplace en bas et à gauche. La diminution du côté de la limite gastro-pulmonaire se produit lorsque l'espace complémentaire antérieur de la plèvre gauche est rempli de liquide et réduit par conséquent l'espace semi-lunaire de Traube d'au moins la largeur de l'espace complémentaire. Traube et Fraentzel ont fait remarquer à juste titre que lorsque le diagnostic hésite entre une *pleurésie* ou une