



TÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année scolaire
1922-1923

N° 18

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 20 Mars 1923, à 5 heures

PAR

MERLIN (Eugène-Jules-Adolphe)

Né le 17 Juillet 1897 à Boulogne-sur-Mer

LES VARIATIONS
de l'espace semi-lunaire de Traube
dans les maladies du foie, de la rate et de l'estomac

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées
sur les différentes parties de l'enseignement médical.

JURY DE LA THÈSE

Président : M. SURMONT

Suffragants : MM.

VANVERTS

PIERRET

DUHOT

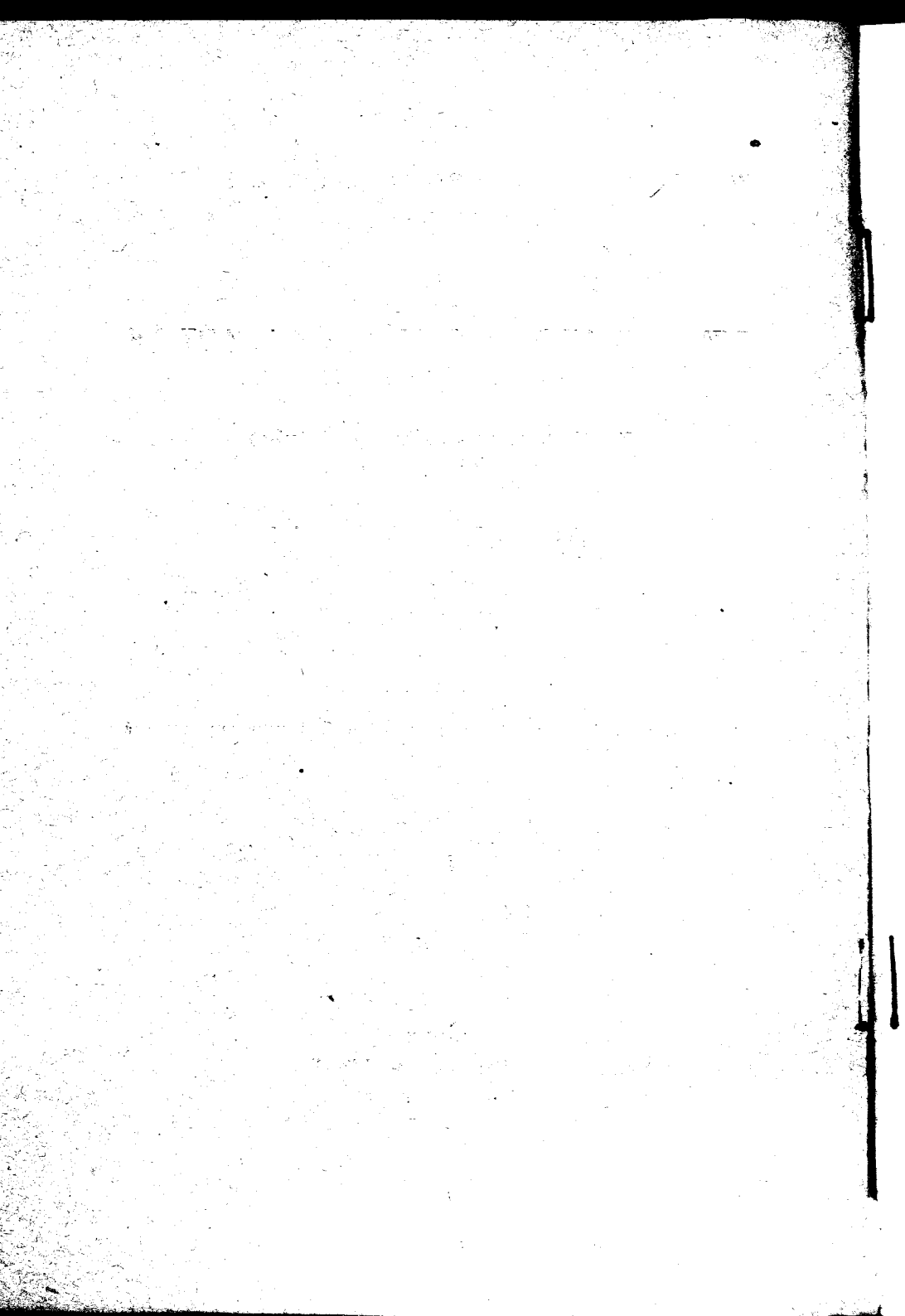


LILLE

IMPRIMERIE CENTRALE

12, rue Lepelletier, 12

1923



THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 20 Mars 1923, à 5 heures

PAR

MERLIN (Eugène-Jules-Adolphe)

Né le 17 Juillet 1897 à Boulogne-sur-Mer

LES VARIATIONS
de l'espace semi-lunaire de Traube
dans les maladies du foie, de la rate et de l'estomac

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées
sur les différentes parties de l'enseignement médical.

JURY DE LA THÈSE

Président : M. SURMONT

Suffragants : MM.

{	VANVERTS
	PIERRET
	DUHOT

LILLE
IMPRIMERIE CENTRALE
12, rue Lepelletier, 12

—
1923

UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen : M. P. CHARMEL (* I. O). — Assesseur : M. GÉRARD E. (* I. O)

Clinique médicale } MM. LEMOINE (I. O *), professeur
COMBEMALE (O. *, I. O M) id.

Clinique chirurgicale } GAUDIER (*, I. O), id.
LAMBRET (O. *, I. O), id.

Clinique des mal. cutanées et syphilit. CHARMEL (*, I. O), id.
Clinique obstétricale BUR (*, I. O), id.
Pathologie interne et expérimentale. SURMONT (*, I. O), id.

Pathologie externe et Clinique des maladies des voies urinaires POTEL (*, I. O), id.

Anatomie pathol. et Pathol. générale. CURTIS (*, I. O), id.
Hygiène et Bactériologie BRETON (*, I. O), id.

Physiologie DUBOIS (I. O), id.
Anatomie. DEBIERRE (*, I. O), id.

Histologie LAGUESSE (* I. O), id.
Chimie minérale et Toxicologie VALLEE (I. O), id.

Chimie organique LAMBLING (*, I. O), id.
Physique médicale DOUMER (* I. O), id.

Matière médicale et Botanique. FOCKEU (* I. O, I. O, I. O), id.
Pharmacie et Pharmacologie GÉRARD (Ernest), (*, I. O), id.

Zoologie médicale et pharmaceutique. } DESOIL (*, I. O, I. O), suppl

Accouchements et Hygiène de la première enfance PAUCOT Chargé du Cours
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie. professeur

Clinique psychiatrique. LE FORT (*, I. O, O. I. O), id.

Clinique médicale infantile RAVIART (*, I. O), id.
Thérapeutique CARRIÈRE (*, I. O), id.

Médecine opératoire. MINET (I. O), id.
VANVERTS (*, I. O). id.

Professeurs titulaires non pourvus de chaire

MM. BEDART (O. *, I. O. I. O); GÉRARD (Georges), (I. O. I. O); INGELHANS (I. O).

Cours complémentaires

Clinique ophtalmologique MM. GÉRARD (G.), (I. O, I. O, I. O), Chargé du Cours.
Clinique des maladies du syst. nerv. INGELHANS (I. O), id.

Clinique oto-rhino-laryngologique. DEBEYRE (M.) (*, I. O), id.
Crénothérapie et Climatother. PIERRET, Redé (I. O), id.

Médecine légale LECLERCQ (*, I. O, I. O), id.
Chimie analytique POLONOWSKI, id.

Physique pharmaceutique SONNEVILLE (A. O) id.
Parasitologie DUHOT. id.

Doyens honoraires : MM. DE LAPERSONNE (*, I. O), COMBEMALE (O. *, I. O M).
Professeurs honorés : MM. MONIEZ (O. *, I. O), MORELLE (I. O), CALMETTE (C. *),

LESCOEUR (I. O), BAUDRY (*, I. O, I. O), DUBAR (O. *, I. O), WEATHERMER. (*, I. O).

Agrégés en exercice :

MM. DESCOMPS (I. O), DEBEYRE (*, I. O, A. O), PIERRET (I. O), LECLERCQ (*, I. O)
DESOIL (*, I. O), PELLISSIER (I. O), PAUCOT (A. O). DUHOT (A. O),

GÉRARD M. (I. O, A. O), MORVILLEZ, POLONOWSKI.

La Faculté a décidé que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend y attacher aucune approbation ni improbation. (Décision de la Faculté en date du 28 février 1878.)

Je dédie ce travail à mes Parents, en hommage de ma très grande
reconnaissance et de mon amour filial.

A MA FEMME ET A MON FILS

Faible gage de ma très vive
et très profonde affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

AUX MORTS DE LA GRANDE GUERRE

A MES COMPAGNONS D'ARMES DES 114° ET 314° R. A. L. C.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur SURMONT,

Professeur de Pathologie Interne
Chevalier de la Légion d'Honneur

En témoignage de ma reconnaissance
pour l'excellent accueil que vous m'avez
toujours réservé, au cours de mes études,
tant dans votre Clinique des maladies de
l'appareil digestif, de l'Hôpital St-Sauveur,
qu'à votre laboratoire à la Faculté.

A Monsieur le Professeur VANVERTS

En gratitude pour les nombreuses
marques d'estime que vous m'avez
toujours prodiguées durant mon séjour
à la Faculté.

A Monsieur le Professeur GAUDIER

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital de la Charité
Officier de la Légion d'Honneur
(Externat 1920)

A Monsieur le Docteur LAMBRET

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Sauveur
Officier de la Légion d'Honneur

(Externat 1920)

A Monsieur le Professeur Agrégé PIERRET

A Monsieur le Professeur Agrégé DUHOT

Médecin des Hôpitaux

INTRODUCTION

C'est en 1868 que TRAUBE donna sa première définition de l'Espace semi-lunaire qui porte actuellement son nom : la valeur réméiologique de cet espace est donc de connaissance déjà ancienne, et il semblerait que l'on n'eût plus actuellement grand chose à ajouter à tout ce qui a été dit jusqu'à présent sur ce sujet.

Or, si nous compulsions les divers travaux qui ont trait à cette question, nous constatons de suite que l'espace semi-lunaire de TRAUBE est étudié principalement au point de vue de ses rapports avec les organes thoraciques ; soit que les auteurs aient étudié ses variations pathologiques dans la pleurésie avec épanchement, soit qu'ils aient noté ses modifications dans la péricardite avec épanchement.

En règle générale, la question des rapports de l'espace semi-lunaire de TRAUBE avec les organes abdominaux est complètement laissée de côté, ou, si elle est traitée, n'est-ce le plus souvent que d'une façon insuffisante et sans que l'auteur semble y attacher l'importance que cette question mérite réellement.

Cette lacune s'explique du reste, selon nous, assez facilement, par l'extension considérable qu'ont pris au cours de ces dernières années, d'une part, les examens chimiques de laboratoire, d'autre part, la radioscopie considérée actuellement comme indis-

pensable pour le diagnostic exact des lésions des organes abdominaux en général et de l'estomac en particulier, et cela au détriment de l'examen clinique pur.

Nous nous efforcerons donc, dans ce travail, de parer à cette lacune, et nous montrerons combien l'exploration systématique de l'espace semi-lunaire de TRAUBE peut rendre de services au clinicien dans l'étude de la pathologie abdominale.

Nous laisserons donc volontairement de côté tout ce qui a trait aux rapports de l'espace de TRAUBE avec les organes thoraciques : poumon, plèvre, cœur. Dans un premier chapitre nous indiquerons les limites de l'espace de TRAUBE normal, et les résultats de la percussion de cet espace chez l'homme normal dans la position debout et dans la position couchée.

En second lieu, nous montrerons par quelques observations intéressantes, les modifications de cet espace, en rapport avec les hypertrophies du foie et de la rate; la partie la plus importante de ce travail aura trait enfin aux rapports de l'espace de TRAUBE avec la portion supérieure de l'estomac; un nombre suffisant d'observations avec quelques montrera les variations de cet espace en plus ou en moins, selon l'état de l'estomac : variations en plus dans l'œsophagie; variations en moins jusqu'à disparition totale dans les cas de ptose marquée.

CHAPITRE I

L'Espace de Traube à l'état normal

§ 1. *Etude anatomique*

Nous nous sommes servis, au cours de nos recherches, de la description de TRAUBE : description suffisamment précise et qui a du reste été reconnue comme exacte, sauf de très légères variantes, par les auteurs qui se sont occupés par la suite de la question. Voici du reste en termes textuels la description de TRAUBE (1868) :

« A la partie inférieure du thorax gauche est une région dans laquelle le son de percussion est tympanique. Cette région a une figure semi-lunaire; elle est limitée en bas par le bord du thorax, en haut par une ligne courbe dont la concavité regarde en bas. L'espace ainsi formé commence en avant au-dessous du 5^e ou 6^e espace intercostal gauche et s'étend, en arrière, le long du thorax jusqu'à l'extrémité antérieure de la 9^{ème} ou de la 10^{ème} côte. Sa plus grande largeur est de 3 pouces à 3 pouces 1/2 (9 à 11 cm.) »

Il faut cependant reconnaître avec CUILLE que la description de l'auteur allemand manque de précision au sujet de la corrélation qui existe entre cet espace et les organes qui l'avoisinent.

Anatomiquement, la région comprise sous le nom d'espace de TRAUBE comprend divers éléments qu'il est bon de rappeler avant de poursuivre plus loin notre étude.

A) *Le Grill costal.*

Il est formé par l'extrémité antérieure des 5°, 6°, 7°, 8°, 9°, 10° côtes avec les cartilages qui les contiennent.

Les deux premières ont un trajet à peu près horizontal, les cartilages prolongent la direction costale ou forment avec les côtes un large angle obtus ouvert en haut, puis vont s'insérer presque perpendiculairement au bord gauche du sternum.

Des 5° et 6° arcs costaux, il y a, au niveau de l'espace de TRAUBE, moitié côte, moitié cartilage. Au contraire, les côtes sous-jacentes ne laissent pénétrer dans l'espace semi-lunaire que leur extrémité toute antérieure, et la majeure partie du squelette à cet endroit est formée par les cartilages costaux, qui, fortement obliques en haut et en dedans se réunissent les uns aux autres pour aller aboutir à la base de l'appendice xiphoïde. Notons la saillie que forme l'extrémité antérieure de la 10° côte, appréciable sous la peau, elle constitue un repère clinique important, principalement dans les cas où la recherche des espaces intercostaux aura été un peu malaisée.

B) *Insertion du diaphragme.*

Le diaphragme s'insère :

Au 7° cartilage costal, sur le tiers moyen de sa face postérieure, par une languette longue de 4 travers de doigt environ ;

au 8° cartilage costal, sur la moitié externe de sa face postérieure ;

au 9° arc costal, moitié sur la côte, moitié sur le cartilage ;

à la 10° et à la 11° côtes, sur la face interne de leur extrémité antérieure.

De là, les fibres se dirigent en arrière et en haut pour aller former le versant antérieur de la coupole diaphragmatique, et délimitent ainsi avec la paroi antérieure du thorax, le sinus costo-diaphragmatique où va s'enfoncer le cul-de-sac pleural.

c) *Cul-de-sac pleural.*

Il est ainsi décrit par les classiques :

Les deux culs-de-sac antérieurs de la plèvre descendent à la face postérieure du sternum, accolés jusqu'au 4^e espace intercostal; à ce niveau, ils se séparent : le cul-de-sac droit s'incline doucement en bas et à droite, le cul-de-sac gauche fait un brusque écart, quitte le sternum et chemine désormais à bonne distance de la ligne médiane; il croise le 5^e espace à 1 cm en dehors de la ligne para-sternale gauche, le 6^e à 15 mm. (DELORME et MIGNON), longe un instant le bord du 7^e cartilage costal, atteint la 8^e côte à la jonction des portions osseuses et cartilagineuses, et va suivre désormais dans l'aisselle un trajet curviligne à concavité supérieure qui ne nous intéresse plus directement.

Le poumon n'empiète que légèrement sur l'espace de TRAUBE ; seul le processus linguiforme qui borde en bas l'incisure cardiaque du poumon, vient se loger dans le cul-de-sac pleural au niveau du 5^e espace intercostal.

d) *Pointe du cœur.*

A l'état normal (O. JOSUÉ et PAILLARD) la pointe siège au-dessus et peu en dedans du mamelon, dans le quatrième espace intercostal ou derrière la cinquième côte. Elle est dans le 4^e espace quand le sujet est couché; elle bat derrière la cinquième côte quand le sujet est debout.

Elle est donc exactement à la limite supérieure de l'espace de TRAUBE.

E) *La grosse tubérosité de l'estomac.*

La grosse tubérosité de l'estomac, nous apprennent les anatomistes classiques, occupe la plus grande partie de l'hypocondre gauche. Sa partie supérieure s'abrite sous la coupole diaphragmatique qu'elle refoule jusqu'à la 5^e côte, quelquefois même plus haut (TESTUT)..

La face antérieure de l'estomac est en rapport, à gauche, avec le diaphragme qui la sépare de l'extrémité antérieure des 5^e, 6^e, 7^e, 8^e et 9^e côtes gauches, de leurs cartilages costaux et des espaces intercostaux correspondants (G. GÉRARD).

Ces données anatomiques sont du reste actuellement facilement contrôlées par la radiologie; nous avons pu nous rendre compte personnellement de leur justesse par l'examen radiologique, d'espaces de TRAUBE cliniquement normaux *dans la position couchée* : après absorption de gélobarine liquide, on voit dans ces cas la grosse tubérosité de l'estomac épouser complètement la forme du diaphragme au niveau du 5^e espace intercostal.

L'angle splénique du côlon est également en rapport avec l'espace de TRAUBE; bien que profondément situé, « il se projette sur la paroi thoraco-abdominale latérale en regard de la 9^e côte, au niveau ou un peu au devant de la ligne axillaire » (G. GÉRARD). On comprend que dans les cas de distension colique par aérocolie, il pourra être une cause de confusion et contribuer peut-être dans une certaine mesure à reculer la limite postérieure de la zone tympanique gastrique.

F) *Le lobe gauche du foie.*

Il va en s'effilant vers l'hypocondre gauche dans lequel il pénètre plus ou moins (4 cm et plus à gau-

che de ligne médiane) assez rarement jusqu'à la rate (G. GÉRARD).

Son épaisseur assez minime à cet endroit (1, 2, 3 cm au plus), ne modifie pas sensiblement la sonorité tympanique de l'estomac.

g) *La rate.*

La rate à l'état normal affecte des rapports également importants avec l'espace de TRAUBE, puisqu'elle est, suivant les classiques, située « dans la partie supérieure de l'hypocondre gauche, au-dessous du diaphragme en arrière et à gauche de l'estomac au-dessus du rein gauche et de l'angle splénique du colon » (G. GÉRARD).

Nous savons d'autre part que la rate mate à la percussion est en partie délimitable sur la ligne axillaire moyenne. Cette matité ne dépasse pas normalement la 9^e côte en haut et la 11^e en bas ; elle ne déborde pas normalement en avant la ligne axillaire antérieure et même généralement s'étend assez peu en avant de la ligne axillaire moyenne, donc, comme on le voit bien, en dehors et cependant au voisinage de l'aire de TRAUBE normale.



§ II EXAMEN CLINIQUE DE L'ESPACE DE TRAUBE

Au cours de nos recherches sur l'espace de TRAUBE nous avons toujours procédé de la façon suivante :

Il nous a paru que le moyen le plus pratique était de dessiner d'abord au crayon dermatographique sur la peau du malade, les limites normales de l'espace de TRAUBE, d'après la description de son auteur lui-même : ce qui revient à tracer une courbe commençant à l'extrémité antérieure du 5^e espace intercostal et aboutissant à l'extrémité antérieure de la 9^e côte chez les sujets à thorax évasé, de la 10^e chez les sujets à thorax allongé.

On aura soin de ne pas commettre d'erreur dans la numération des espaces intercostaux : Si l'on se reporte en effet à la disposition du squelette, on voit que, si l'on compte les espaces dans la partie externe de la poitrine, on enfonce en général, pour commencer, le doigt entre la clavicule et la première côte, et l'on compte un espace intercostal là où il n'y en a pas. Il suffit, pour éviter cette erreur fréquente, de compter les espaces dans leur partie interne tout près du sternum : voici du reste comment il faut procéder dans le cas où l'on éprouve quelque difficulté à déterminer le 5^e espace intercostal : on cherche la saillie transversale, toujours facile à percevoir au doigt qui palpe la partie supérieure du sternum et qui porte le nom d'angle ou tubercule de Louis ; la côte qui s'insère à ce niveau est la 2^e côte ; le premier espace intercostal est donc situé au-dessus de cette côte et le deuxième espace au-dessous. Ayant de la sorte tracé les limites de l'espace de TRAUBE normal, on pourra explorer les limites réelles de l'espace du sujet que l'on examine, et cela par deux moyens à la portée de tout clinicien : la percussion et la phonendoscopie.

A) *Percussion sur le malade couché.*

C'est généralement dans le décubitus dorsal que l'on percute le plus commodément l'espace semi-lunaire : le malade étant allongé sur une table d'examen, la tête seule légèrement relevée par un coussin pour rendre plus complet le relâchement musculaire.

On percute d'abord la limite *supérieure* en se rappelant que cette limite peut être divisée anatomiquement en deux parties : l'une interne gastro-cardiaque, l'autre externe gastro-pulmonaire ; on percute donc les doigts placés horizontalement sur les côtes ou dans les espaces intercostaux, de haut en bas sur la ligne parasternale, en partant de la matité cardiaque pour aboutir au tympanisme stomacal, sur la ligne mamelonnaire, en partant de la sonorité pulmonaire vers le tympanisme stomacal ; on notera au crayon dermatographique les limites du tympanisme.

On cherchera ensuite la limite *externe* ou *postérieure* de l'espace semi-lunaire. On placera les doigts parallèlement à l'axe du corps entre la ligne mamelonnaire et la ligne axillaire, et on percute en allant d'avant en arrière : la grosse difficulté sera ici de différencier d'une façon exacte le son stomacal du son colique : on sait en effet que chez les dyspeptiques plus ou moins aérophages, le côlon gauche est souvent distendu par le gaz, comme il est facile de s'en rendre compte du reste au cours de radioscopies gastriques : on pourra avoir dans ce cas un tympanisme colique qui se confondra bien souvent avec le tympanisme stomacal : il est rare cependant que le degré de tension gazeuse soit identique dans ces deux organes, et par une percussion soignée on arrivera avec un peu d'habitude à les différencier.

Nous devons dire qu'à l'encontre de certains auteurs, nous n'avons jamais vu les limites du tympanisme stomacal dépasser l'extrémité antérieure de la 10^e côte en dehors, sauf naturellement dans les cas d'aérophagie marquée.

Nous ne nous occupons pas de la *limite inférieure et interne* : elle est indiquée par le rebord costal lui-même ; il ne faudra pas cependant négliger de percuter la partie inférieure de ce rebord, près de l'angle costo-xiphôïdien, afin de ne pas passer à côté d'hypertrophie du lobe gauche du foie, comme nous en publierons plus loin d'intéressantes observations.

B) *Phonendoscopie* (malade couché).

On pourra contrôler les résultats de la percussion par la phonendoscopie ou percussion auscultée ; cependant, si ce procédé donne de bons résultats au niveau de l'abdomen par la recherche du bord inférieur de l'estomac, il n'en est pas de même au niveau du thorax où l'on est gêné par la présence des côtes. A notre avis, la percussion seule donnera des résultats suffisants si elle est bien pratiquée.

Nous avons du reste contrôlé radioscopiquement plusieurs espaces de TRAUBE que nous avons délimités par la percussion seule ; et dans un cas de TRAUBE normal entre autres, il y eut concordance comme on peut s'en rendre compte par les calques ci-dessous.

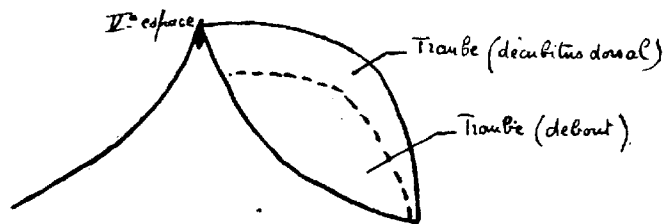


FIG. 1. — Réduction d'un décalque de percussion. Traube normal en position couchée ; abaissement en position debout (pointillé) fl

Dans certains cas, cependant, et en décubitus dorsal, nous avons constaté que la zone délimitée par la percussion ne correspondait pas exactement à l'image radioscopique du bas-fond stomacal, lequel remon-

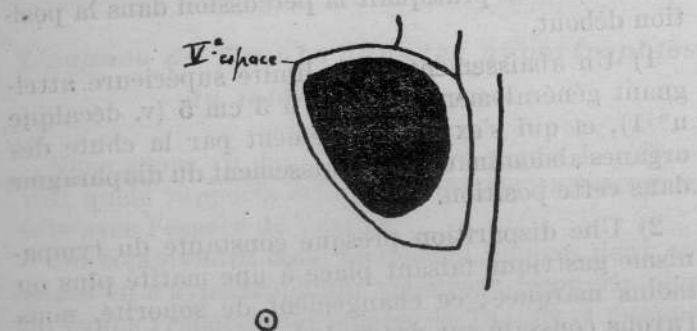


FIG. 2. — Réduction d'un calque orthodiagraphique. Le bas-fond stomacal est dans le 5^{me} espace intercostal (position couchée).

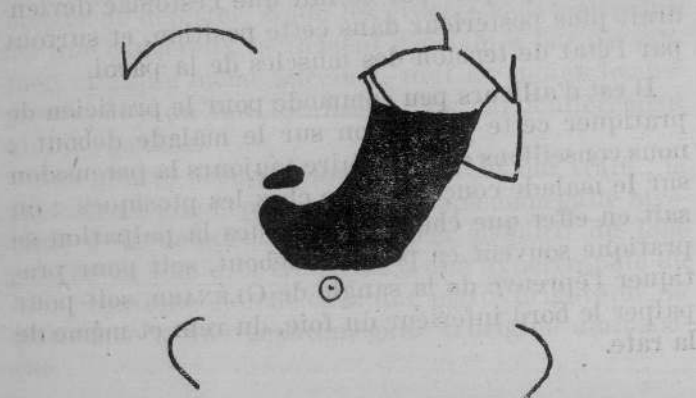


FIG. 3. — Réduction d'un calque orthodiagraphique (position debout) ; abaissement du diaphragme de 4 cm environ.

tait à plusieurs centimètres au-dessus avec le diaphragme; nous estimons que ces cas sont assez rares et probablement en rapport avec une trop faible distension gazeuse de l'estomac.

c) *Percussion sur le malade debout.*

Nous avons noté deux faits intéressants sur la façon dont se comportait un espace de TRAUBE normal, lorsqu'après l'avoir percuté dans la position couchée, on en pratiquait la percussion dans la position debout.

1) Un abaissement de la limite supérieure atteignant généralement de 2 cm à 3 cm 5 (v. décalque n° 1), et qui s'explique aisément par la chute des organes abdominaux et l'abaissement du diaphragme dans cette position.

2) Une disparition presque constante du tympanisme gastrique faisant place à une matité plus ou moins marquée; ce changement de sonorité, nous l'avons constaté sur des malades qui radioscopiquement présentaient une poche à air gastrique assez nette en position debout et dans les mêmes limites; il peut s'expliquer par ce fait que l'estomac deviendrait plus postérieur dans cette position, et surtout par l'état de tension des muscles de la paroi.

Il est d'ailleurs peu commode pour le praticien de pratiquer cette percussion sur le malade debout; nous conseillons donc de faire toujours la percussion sur le malade couché, même chez les ptosiques: on sait en effet que chez les ptosiques la palpation se pratique souvent en position debout, soit pour pratiquer l'épreuve de la sangle de GLÉNARD, soit pour palper le bord inférieur du foie, du rein et même de la rate.

CHAPITRE II

L'espace de Traube dans les hypertrophies du foie et de la rate

Nous avons vu dans la première partie de ce travail quels rapports étroits affectaient le foie et la rate avec l'espace de TRAUBE.

On comprendra donc facilement que ces deux organes en s'hypertrophiant viendront recouvrir plus ou moins l'espace semi-lunaire de TRAUBE et remplacer par de la matité le tympanisme habituel.

On se rend compte de ce fait, que la percussion systématique de l'espace semi-lunaire, puisse permettre de dépister, sinon les grosses hépatomégalias du foie cancéreux facilement décelables par un examen clinique même succinct, tout au moins les hypertrophies du foie localisées plus particulièrement au lobe gauche.

Les quatre observations qui suivent ont trait : la première à une hépatomégalie et splénomégalie myéloïde ; la deuxième à un cancer primitif du lobe gauche du foie ; la troisième à une hypertrophie du lobe hépatique gauche chez une petite brightique, la quatrième à une hépatomégalie d'origine amibiastique.

1^{re} OBSERVATION résumée : Observation n° 2.256 du recueil de la Clinique.

M. C... G..., 49 ans, de Fouquières-lez-Lens. — Se présente à la consultation des maladies de l'appareil digestif le 28 novembre 1922, pour des hématomésés répétées.

Diagnostic : Leucémie lymphoïde.

Il pèse 76 kilogs ; sa taille est de 1 m. 65. On ne relève rien de particulier dans ses antécédents : pas de maladies infectieuses dans l'enfance ; n'a jamais été aux colonies ; pas de blennorrhagies ni spécificité connue ; habitudes éthyliques.

Début progressif en mai 1922, par des douleurs abdominales et épigastriques s'irradiant jusqu'au pubis, sans horaire fixe, mais plus marquées pendant le travail.

Teint jaune paille progressif.

En août 1922, apparitions des premiers ganglions à la nuque et à l'aisselle, isolés puis nombreux. Sensations de pesanteur sous l'hypocondre gauche.

14 novembre 1922 : *Hématémèse* de sang rouge, 1/2 litre avec quelques caillots.

Le 15 novembre 1922 et pendant 4 jours : 6 hématomésés de 1/2 litre. Grande faiblesse et asthénie consécutive. Cependant alimentation normale.

Pollakiurie nocturne : 99 épistaxis depuis un mois ; pas d'hémorroïdes. Dyspnée marquée.

Examen clinique : On note une hypertrophie très marquée du foie présentant comme matité : 20 cm sur la ligne axillaire. — 19 cm un peu en dedans de la ligne mamelonnaire. — 17 cm sur la ligne parasternale.

La rate présente également une hypertrophie considérable mesurant : 27 cm de diamètre vertical ; 31 cm de diamètre transversal.

Chaînes ganglionnaires considérablement hypertrophiées, principalement au niveau du cou, des aisselles, région inguinale, dans la paroi abdominale.

La percussion de l'espace de Traube montre une réduction considérable du tympanisme stomacal en rapport avec l'hypertrophie du foie et de la rate (v. décalque de percussion n° 4).

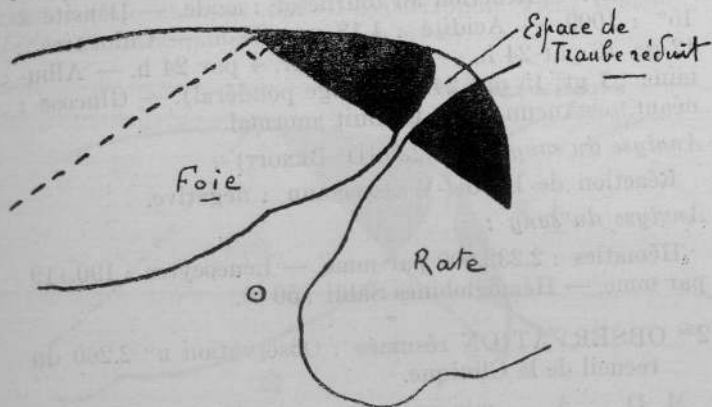


FIG. 4. — C... G... : Réduction d'un décalque de percussion. — Espace de Traube réduit par une grosse hépato-splénomégalie.

L'espace de TRAUBE est réduit à une simple bande de forme triangulaire à base supéro-externe.

Une radiographie faite le 30 novembre 1922, montre un déplacement marqué de l'estomac à droite de l'abdomen. (v. figure n° 5).

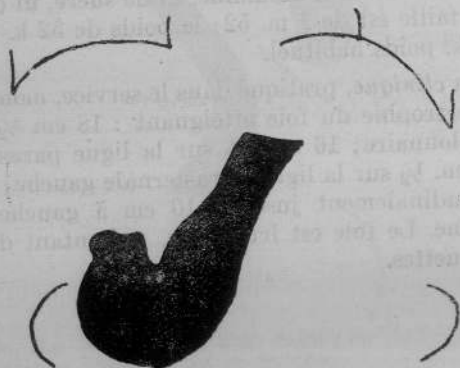


FIG. 5. — C... G... : Réduction d'un calque orthodiagraphique. Déplacement marqué de l'estomac à droite de l'abdomen.

Analyse des matières fécales, n° 571 (11-12-22) :

Méthode de Carles et Barthélemy : rien à signaler.

Analyse de l'urine, n° 243 (14-12-22) :

Volume des 24 heures : 3 l. 200 (2 l., 1 l. 910 les jours suivants). — Réaction au tournesol : acide. — Densité à 15° : 1009. — Acidité : 1,18 par 24 h. — Chlorures : 12 gr. 16 par 24 h. — Urée : 22 gr. 4 par 24 h. — Albumine : 1 gr. 15 par 24 h. (dosage pondéral). — Glucose : néant. — Aucun autre produit anormal.

Analyse du sang, n° 27.226 (D^r BENOIT) :

Réaction de Bordet-Wassermann : négative.

Analyse du sang :

Hématies : 2.232.000 par mme. — Leucocytes : 190.119 par mme. — Hémoglobines Sahli : 50 %.

2^{me} OBSERVATION résumée : Observation n° 2.260 du recueil de la Clinique.

M. D... A..., mineur, à Bruay-les-Mines, est envoyé à la consultation de la Clinique des voies digestives, le 1^{er} décembre 1922, par son médecin traitant, pour un amaigrissement marqué, surtout prononcé depuis trois mois, et une tumeur de l'épigastre et de l'hypocondre droit.

Diagnostic : Néoplasme primitif du lobe gauche du foie.

A son entrée à la clinique, une analyse sommaire d'urine ne montre trace ni d'albumine, ni de sucre, ni de phosphates. La taille est de 1 m. 52; le poids de 52 k. 800, au lieu de 55 k. poids habituel.

L'examen clinique, pratiqué dans le service, montre une grosse hypertrophie du foie atteignant : 18 cm $\frac{1}{2}$ sur la ligne mamelonnaire; 16 cm. $\frac{1}{2}$ sur la ligne parasternale droite; 14 cm. $\frac{1}{2}$ sur la ligne parasternale gauche; s'étendant longitudinalement jusqu'à 10 cm à gauche de la ligne médiane. Le foie est irrégulier, présentant des bossures très nettes.

La *rate* est également très augmentée de volume; la matité atteint en avant la ligne mamelonnaire, elle mesure 14 cm de hauteur sur la ligne axillaire antérieure.

La *percussion de l'espace de Traube* montre un tympanisme très réduit du fait de l'empiètement des deux organes (foie et rate) dont l'hypertrophie vient d'être décrite (v. décalque de percussion n° 6).

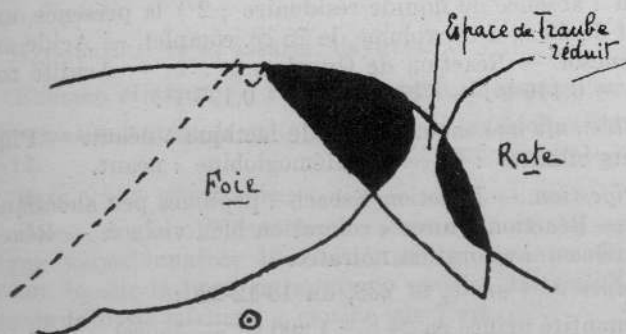


FIG. 6. — P... A... : Réduction d'un décalque de percussion. Effacement partiel de l'espace de Traube par hépto-splénomégalie.

Nous avons contrôlé par l'examen radioscopique, et après ingestion d'une potion de Rivière, cette réduction de l'aire de TRAUBE (v. calque n° 7).

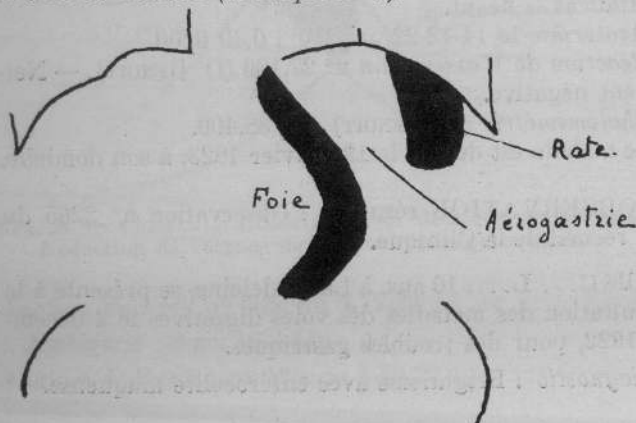


FIG. 7. — D... A... : Réduction d'un calque orthodiagraphique après ingestion d'une potion de Rivière.

Diverses analyses ont été pratiquées sur ce malade :

Le 11-12-22 : *Analyse de matière fécale*, n° 572, qui montre une absence d'œufs de parasites par la méthode de Carles et Barthélémy.

Le 8-12-22 : La *Réaction de Meyer* dans les selles est négative dans 3 échantillons différents.

Le 11-12-22 : *L'analyse d'une digestion* après repas d'épreuve d'Ewald, montre : *Analyse* n° 1747 : 1°) à jeun : absence de liquide résiduaire ; 2°) la présence, au bout de 60 s., d'un volume de 75 cc. complet. — Acide au tournesol. — Réaction de Gunzbourg : +. — Acidité totale = 0,146 %. — Chlorhydrie = 0,197 %.

Éléments anormaux. — Acide lactique : néant. — Pigments biliaires : traces. — Hémoglobine : néant.

Digestion. — Réaction Esbach : peptones peu abondantes. — Réaction Biuret : coloration bleu violacé. — Réaction Gram : coloration noirâtre.

Analyse de l'urine, n° 238, du 13-12-22 :

Quantité urinée en 24 h. : 1.200 cc. — Aspect : clair. — Couleur : brune. — Dépôt : nul. — Réaction au tournesol : acide. — Densité à 15° : 1020. — Acidité totale : 2 g. 34 par 24 h. — Chlorures : 8 g. 2 p. 24 h. — Urée : 11 g. 4 par 24 h. — Albumine : néant. — Glucose : néant. — Pigments biliaires : néant. — Sels biliaires : néant. — Urobiline : traces. — Acétone : néant. — Hémoglobine : néant. — Indicat. : néant.

Azotémie le 14-12-22, n° 210 : 0,40 0/00.

Réaction de Wassermann n° 27.126 (D^r BENOIT). — Négativement négative.

Cholémimétrie (D^r BENOIT) : 1/38.400.

Le malade est décédé le 19 janvier 1923, à son domicile.

3^{me} OBSERVATION résumée : Observation n° 2265 du recueil de la Clinique.

Mlle C... L..., 10 ans, à La Madeleine, se présente à la consultation des maladies des voies digestives le 2 décembre 1922, pour des troubles gastriques.

Diagnostic : Brightisme avec entérocolite muqueuse.

Taille : 1 m. 37. Poids à l'entrée : 39 kilogs.

Rien de particulier dans les antécédents, sauf un peu d'albumine il y a un an.

Vient pour : pesanteur précoce après les repas et durant plusieurs heures ; pyrosis une demi-heure après les repas, pendant une heure.

Anorexie. — Constipation habituelle. — Diarrhée depuis 4 jours (5 à 6 selles par jour, fétides, avec aliments non digérés).

A remarqué rejet ascaris ; oxyures.

Examen clinique. — Poumons : rien de particulier. — Cœur : léger bruit de galop. — Pression artérielle (Riva) : 7-11.

Rate : non perceptible.

Foie : augmenté de volume ; mesure 13 cm $\frac{1}{2}$ sur la ligne mamelonnaire ; 10 cm $\frac{1}{2}$ sur la ligne médiane ; 9 cm. $\frac{1}{2}$ sur la ligne parasternale gauche. La matité déborde la ligne médiane à gauche sur 7 cm.

Estomac : Limite inférieure au niveau de l'ombilic.

Espace de Traube considérablement réduit du fait de l'hypertrophie du lobe gauche du foie (v. décalque de percussion n° 8).

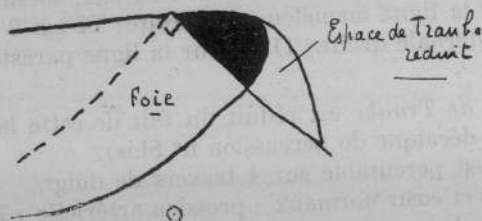


FIG. 8. — C... L... : Réduction d'un décalque de percussion. Réduction de l'espace de Traube par hépatomégalie.

Analyse du sang n° 205, du 4-12-22 :

Azotermie : 0 gr. 10 0/00.

Analyse de l'urine, n° 235, du 8-12-22 :

Volume en 24 h. : 500 gr. — Densité : 1018. — Chlorure : 4 gr. 40 par 24 h. — Urée : 7,50 p. 24 h. — Albumine : néant. — Sucre : néant. — Enorme dépôt d'urate amorphe.

4^{me} OBSERVATION résumée : Observation n° 2243 du recueil de la Clinique.

M. L... H..., 38 ans, ajusteur, à Loos-lez-Lille; se présente le 25 novembre 1922, à la consultation des maladies des voies digestives.

Diagnostic : Amibiase latente; hépatomégalie.

Souffre de l'estomac depuis 4 mois.

Taille : 1 m. 79. Poids à l'entrée 76 kilogs.

Blennorrhagie à 24 ans. Dysenterie en 1916 à Salonique.

Fièvre paludéenne en 1917. Etylisme. Tabagisme.

Depuis un mois : douleur nocturne sous le rebord costal droit, s'irradiant dans le creux épigastrique et la région interscapulaire.

Il y a cinq mois : hématomésose : 1 verre à bière.

Constipation habituelle. — Tempérament nerveux.

Examen clinique :

Estomac au niveau de l'ombilie.

Foie augmenté de volume et douloureux, mesurant : 17 cm. sur la ligne mamelonnaire droite; 14 cm 5 sur la ligne parasternale droite; 11 cm sur la ligne parasternale gauche.

L'espace de Traube est réduit du fait de cette hépatomégalie (v. décalque de percussion n° 8bis).

La rate est percutable sur 4 travers de doigt.

Poumons et cœur normaux : pression artérielle : 7,5/13 Riva humérale.

Pupilles inégales : réagissent lentement à la lumière.

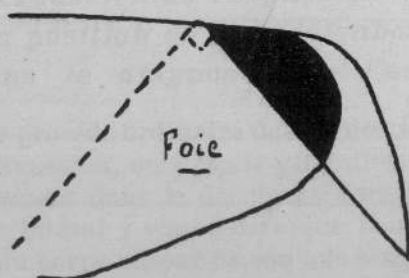
L'exploration de l'estomac à la sonde montre :

Analyse n° 1707. — 1°) Absence de résiduaire à jeun. — 2°) au bout de 60', l'extraction d'un volume de 60 cc. complet. — Réaction de Gunzburg ++. — Acidité : 0,240%.

— Chlorhydrie : 0,241 %. — Acide lactique ++. — Sang : néant.

Le 4-12-22 : *Réaction de Meyer* : 3 selles positives.

Le 6-12-22 : *Analyse des matières fécales*, n° 565, méthode de Carles et Barthélemy : rien à signaler.

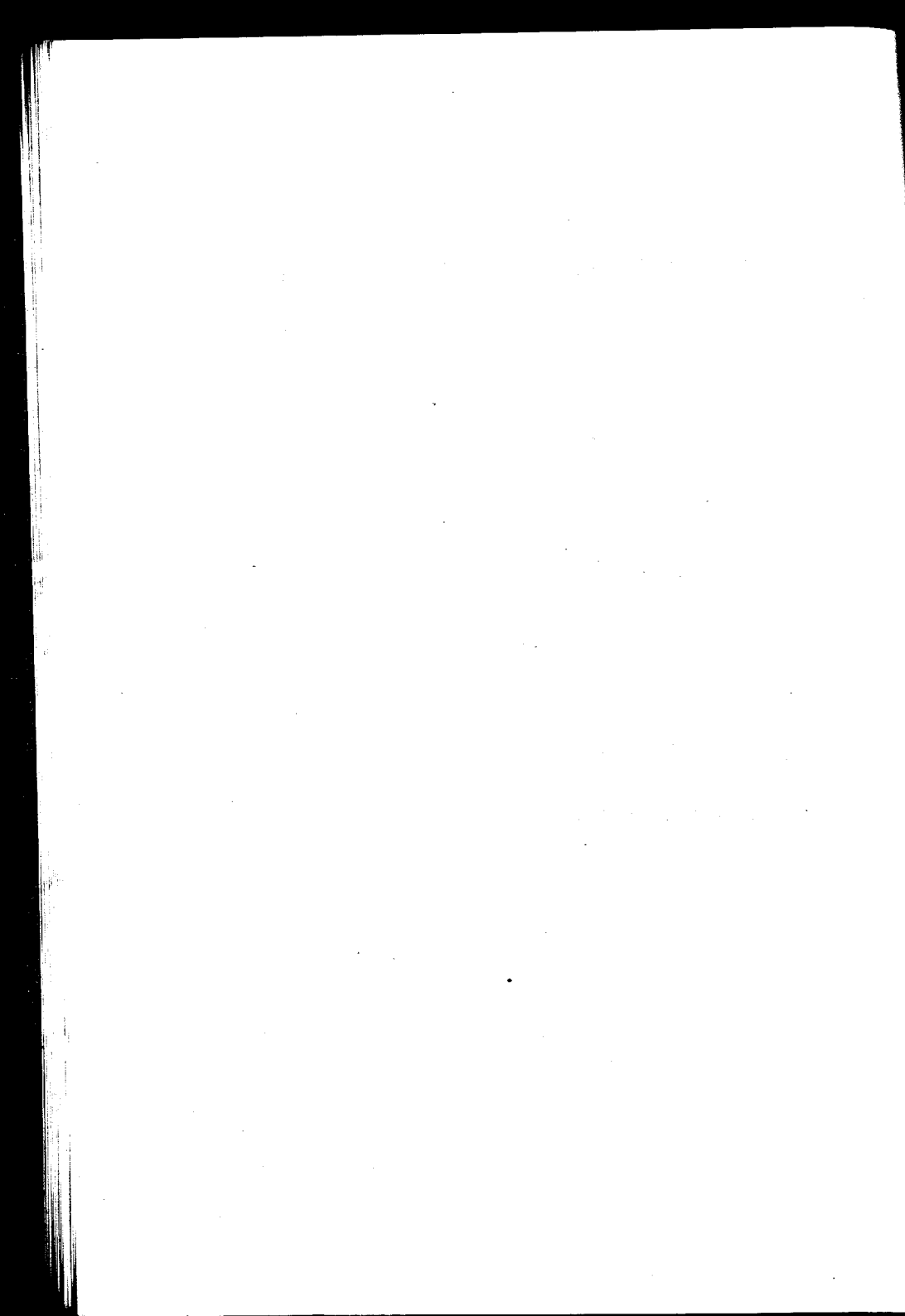


○

FIG. 8 bis. — L... H... : Réduction d'un décalque de percussion.
Réduction de l'espace de Traube par hépatomégalie.

Le 14-12-22 : *Rectocopie* : aspect cicatriciel à 22 cm ; muqueuse pâle sans lésions actuelles marquées ; lésions de rectite légère dans l'ampoule.

Le 12-12-22 : *Analyse des matières fécales*, n° 594, méthode de Carles et Barthélémy : aucun œuf de trichocéphale quelques kystes entamoeba coli.



CHAPITRE III

La percussion de l'espace de Traube en position de Trendelenbourg dans le diagnostic de l'ascite

Dans le procédé ordinaire de diagnostic de l'ascite par la percussion, on plaçait généralement le sujet successivement dans le décubitus dorsal et dans le décubitus latéral : c'est-à-dire que l'on utilisait la rotation du corps autour de son axe longitudinal.

M. CHAVANNAZ, de Bordeaux, a proposé dernièrement une nouvelle technique qu'il emploie depuis longtemps, et dont les avantages lui ont paru mériter toute l'attention.

Elle consiste à s'adresser à la rotation du corps autour de son axe transversal, à mettre le malade en inclinaison variable du tronc.

Le patient étant couché sur le dos, thorax relevé, on percute l'abdomen. S'il existe du liquide libre il tombe dans la région sus-pubienne et les régions voisines où la percussion montre de la matité. On change alors l'attitude du sujet, qui est mis tête abaissée, en position de TRENDELENBOURG.

Le liquide ascitique abandonne à ce moment la zone sus-pubienne (qui devient sonore) et arrive à la base du thorax, où sa présence se traduit, s'il est assez abondant, par de la matité au niveau de l'espace de TRAUBE.

Au cours de notre étude sur l'espace de TRAUBE, nous avons eu l'occasion d'essayer ce procédé clinique qui s'est montré très positif dans l'observation qui suit :

1^{re} OBSÉRVATION résumée : Observation n° 2.241 du recueil de la Clinique.

M. V... L..., 62 ans, à Fives, se présente le 21 novembre 1922, à la Clinique des maladies des voies digestives (prof. SURMONT).

Diagnostic : Cirrhose atrophique type Laënnec avec ascite; néphrite chronique ancienne.

Grosses habitudes éthyliques dans les antécédents (bière); tabagisme.

Début de la maladie il y a 18 mois, par diarrhée (10 selles par jour).

En l'espace de 8 jours : œdème des membres inférieurs avec anasarque.

Depuis 2 mois : ballonnement de l'abdomen.

Actuellement, dyspnée d'effort.

Œdème des membres inférieurs remontant jusqu'aux genoux.

Deux à trois selles par jour, en purée.

Pollakiurie nocturne (5 à 6 fois). Mouches devant les yeux.

Examen clinique :

Langue saburrale avec teinte jaune accentuée du frein.

Abdomen ballonné; ombilic déplissé; légère circulat. collatérale; sensation de flot assez peu caractéristique, mais matité sus-pubienne et dans les flancs.

Espace de Traube normal dans la position thorax soulevé (trait plein sur le calque); tympanisme habituel. Si l'on fait passer le malade dans la position de Trendelen-

bourg tête abaissée, on note de la *matité* dans l'espace semi-lunaire, à peu près dans les mêmes limites que dans la première position (voir partie ombrée du décalque de percussion n° 9).

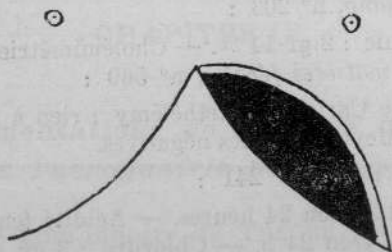


FIG. 9. — V... L... : Mâtité au niveau de l'aire de Traube par déplacement d'ascite en position de Trendelenbourg.

La grande courbure de l'estomac semble être à deux travers de doigt sous l'ombilie.

Foie : petit, matité totale 9 cm sur la ligne mamelon-naire.

Rate : non perceptible.

Poumons : obscurité des 2 bases, principalement à droite.

Cœur : Pas de lésion orificielle; légère arythmie.

Pression artérielle : Riva humérale 8/12.

Réflexes normaux : Pupille en myosis.

Analyse du suc gastrique, n° 1717 :

1°) à jeune : présence d'un résiduaire de 5 cc. sans débris alimentaires. — Gunzbourg : négatif. — Acidité totale : 0,018 %.

2°) après 60 s. : Volume : 45 cc. — Tournesol : acide. —
Gunzbourg : + faible. — Acidité totale : 0,182 %. —
Chlore total : 0,328.

Analyse du sang, n° 201 : Azotermie = 0 gr. 30 0/00.

Analyse du sang, n° 203 :

Cholesternie : 2 gr 14 %. — Cholémimétrie : 1/13.300.

Analyse des matières fécales, n° 560 :

Méthode de Carles et Barthélémy : rien à signaler. —
Réaction de Meyer : 3 selles négatives.

Analyse de l'urine, n° 241 :

Volume : 1,250 en 24 heures. — Acidité (en acide oxalique) : 1 gr. 1 en 24 h. — Chlorure : 3 gr. en 24 h. —
Urée : 9 gr. 3 en 24 h. — Urobiline : réaction franchement positive (Grimbert). — Albumine : néant. — Glucose : néant.

Opsiurie (épreuve des 6 heures) : très positive.

Réaction de Bordet-Wassermann (D^r BENOIT) n° 27.203 : négative.

CHAPITRE IV

Les augmentations de l'espace de Traube dans l'aérogastrie et l'aérocolie

L'espace semi-lunaire de TRAUBE peut être augmenté dans l'aérophagie ; ce fait s'explique aisément et se passe de commentaires dès l'instant que l'on sait que ce que l'on percute au niveau de l'espace de TRAUBE c'est bien la portion inférieure tympanique de l'estomac : dans l'aérophagie, l'estomac qui se distend de plus en plus sur la pression de l'air déglutité, fait remonter le diaphragme et en même temps la limite supérieure de l'espace de TRAUBE normal.

Les auteurs n'ont fait que signaler, en général, cette élévation du diaphragme sur la poussée de l'estomac dilaté par les gaz.

HAYEM et LION notent cependant, et seulement au point de vue radioscopique, que lorsqu'il y a un degré plus ou moins prononcé d'aérophagie « la dilatation se fait en même temps du côté de la grosse tubérosité qui remplit tout l'hypocondre gauche soulève le diaphragme et repousse le cœur et le poumon ».

1^{re} OBSERVATION résumée : Observation n° 2.315 du recueil de la Clinique.

M. T... L..., 42 ans, à Lille, se présente le 19 décembre 1922, à la consultation des maladies des voies digestives.

Diagnostic : Dyspepsie hyperchlorhydrique avec aéro-phagie chez un auto-observateur.

Taille : 1 m. 85. Poids d'entrée : 93 k. 600 au lieu de 105 kil. poids habituel.

Vient pour troubles dyspeptiques remontant à 3 ans.

Ballonnement après les repas, avec pesanteur, soulagé par émission de gaz inodores. Pyrosis léger. Tachyphagie. Constipation terminale.

A maigri de 12 kilogs.

A consulté trois médecins : amélioration après chaque consultation.

Examen clinique :

Langue normale.

Dentition : bonne.

Abdomen normal.

Estomac : La *percussion de l'espace de Traube* montre une augmentation des limites normales dans toutes les directions, ainsi qu'une augmentation très nette du tympanisme habituel (v. décalque de percussion n° 10).

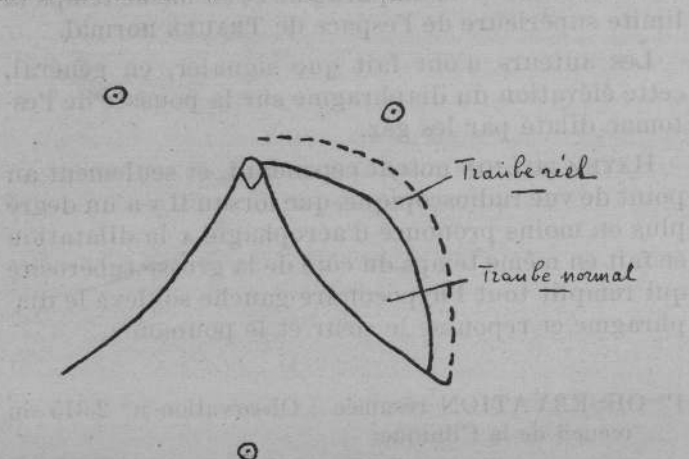


FIG. 10. — T... L... : Réduction d'un décalque de percussion. Augmentation de l'aire de Traube par aéro-phagie.

Limite inférieure de l'estomac : normale.

Les autres organes sont normaux.

Pression : 10/14 $\frac{1}{2}$, Riva humérale.

Réflexes normaux.

Analyse du liquide gastrique, n° 1.774 :

Au bout de 60' : extraction d'un volume de 100 cc incomplet. — Réaction de Gunzbourg : ++. — Acidité totale : 0,255 %. — Chlorhydrie : 0,262 %. — Acide lactique : +. — Pigments biliaires : traces. — Hémoglobine : néant.

Analyse de l'urine :

Albumine : néant. — Sucre : néant.

2^{me} OBSERVATION résumée : Observation n° 1.075 du recueil de la Clinique.

M. F... P..., se présente à la consultation des maladies des voies digestives, le 10 septembre 1921, pour de la constipation opiniâtre accompagnée de spasmes coliques douloureux.

Diagnostic : Constipation chronique avec gastrite hypopeptique chez un brightique présentant une éventration diaphragmatique par distension gastro-colique.

Taille : 1 m. 64. Poids : 65 kilogs à l'entrée, au lieu de 70 kilogs poids habituel.

Marié, sa femme a fait 3 pertes, puis perdu 2 enfants en bas-âge de gastro-entérite, avant de mettre au monde deux enfants bien portants.

Vient pour sensation de brûlures et de torsion dans la région ombilicale, calmées momentanément par l'émission de gaz par l'anus.

Pyrosis et quelques éructations après les repas.

Constipation opiniâtre.

Signes généraux d'insuffisance rénale.

Examen clinique :

Ballonnement abdominal marqué.

Le foie déborde de deux travers de doigt environ sous le rebord costal ; sa matité totale est de 14 cm.

Rate : non perceptible.

Auscultation des poumons : Congestion des bases, signes de bronchite chronique et d'emphysème.

Cœur : bruits de galop.

Pression artérielle : 7/17 Riva.

Estomac : la percussion et la phonendoscopie montrent la grande courbure de l'estomac à un travers de doigt sous l'ombilic.

Espace de Traube : limite supérieure du tympanisme gastrique surélevée de 4 cm sur la ligne parasternale ; de 5 cm sur la ligne mamelonnaire (v. décalque de percussion n° 11).

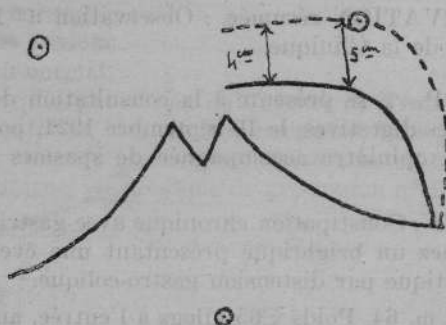


FIG. 11. — F... P... : Réduction d'un décalque de percussion. Augmentation de l'espace de Traube par aérogastrie et aérocolie.

Un examen radioscopique pratiqué quelque temps après, montre en effet : un estomac intrathoracique dans ses deux tiers, avec un angle colique notablement dilaté ; (v. décalque n° 12), ces deux organes étant coiffés par l'hémi-diaphragme gauche refoulé en totalité.

Les urines ne renferment ni sucre ni albumine.

L'exploration de l'estomac à la sonde montre :

- 1°) à jeûn : absence de liquide résiduaire ;
- 2°) Une heure après repas d'épreuve d'Ewald, la présence de 35 cc. de liquide gastrique dont l'analyse donne les résultats suivants :

Réaction de Gunzbourg : +. — Acidité totale : 0,149 %.
— Chlore total : 0,240 %. — Hémoglobine : néant.

L'examen des fèces après régime de Schmidt, montre au point de vue macroscopique, la présence de glaires assez abondantes, de quelques débris végétaux et fibres

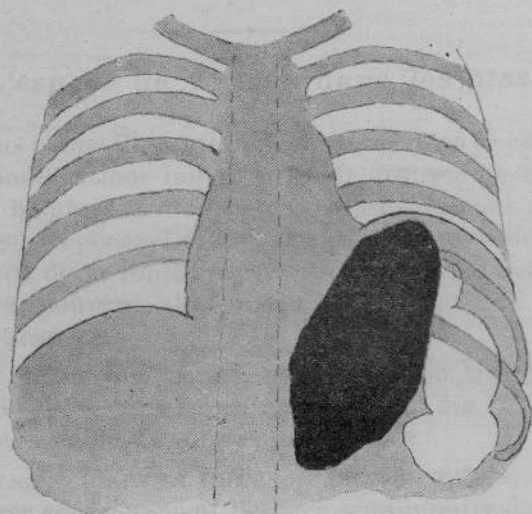
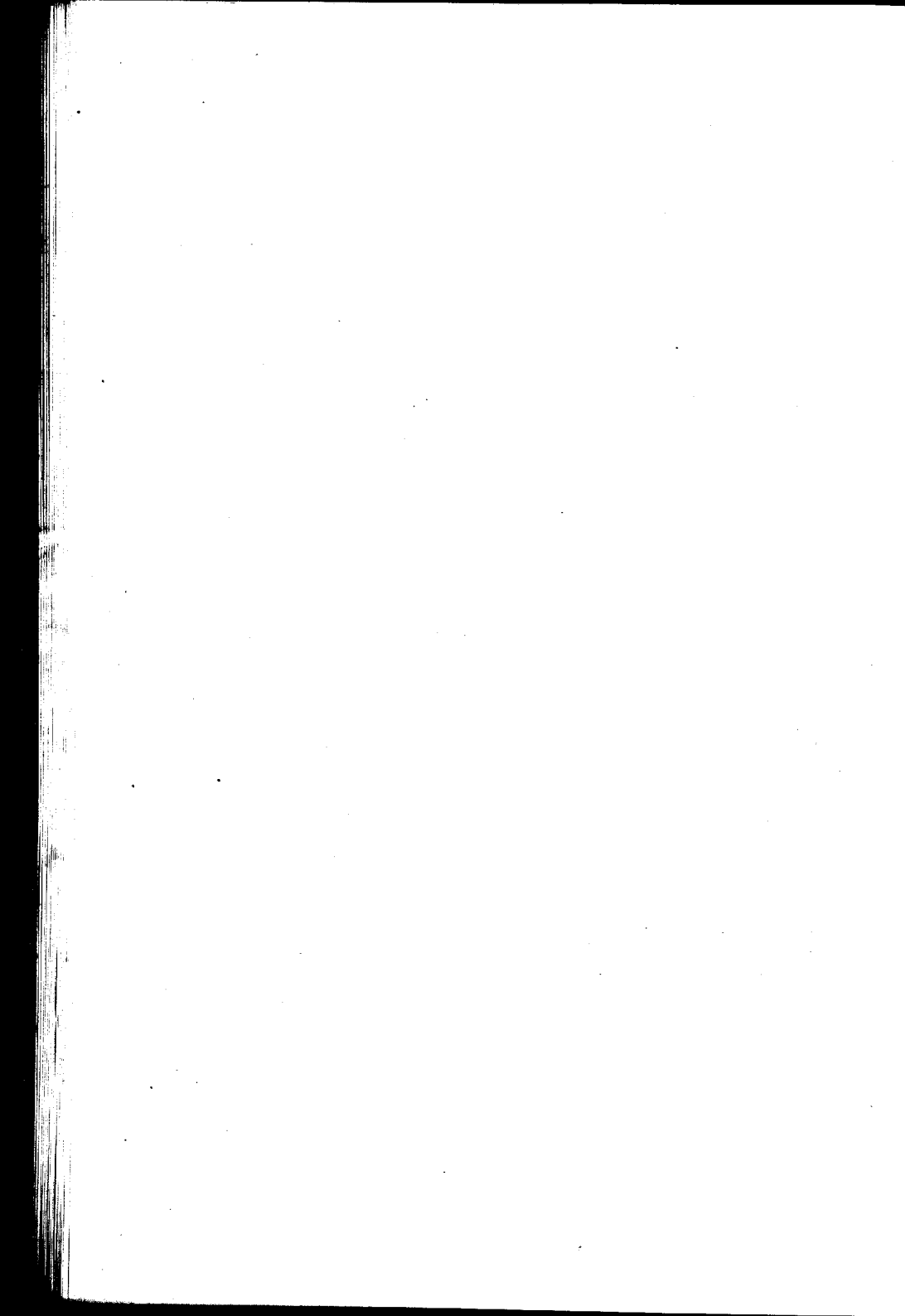


FIG. 12. — (Téléradiographie en décubitus abdominal). Calque du cliché. Surélévation du diaphragme gauche. Présence intrathoracique d'une partie de l'estomac et du côlon.

musculaires; microscopiquement, des fibres musculaires nombreuses et mal digérées, quelques débris végétaux et des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien.

L'épreuve de la fermentation est positive et la réaction acide au Tournesol. La recherche des œufs de parasites (méthode de Carles et Barthélémy) montre la présence d'œufs de trichocéphale.



CHAPITRE V

L'espace de Traube dans les ptoses

Nous avons l'intention de montrer dans ce chapitre les modifications importantes de l'espace de TRAUBE dans la *ptose* gastrique : modifications qui se traduisent en général par un abaissement plus ou moins marqué de la limite supérieure du tympanisme gastrique, pouvant aller jusqu'à la disparition totale de cet espace.

De même que pour l'aérophagie, on trouve bien peu de chose dans les auteurs au sujet des variations de l'espace de TRAUBE dans la *ptose*.

EYNARD, dans sa thèse sur la gastrophtose, semble ignorer complètement l'espace semi-lunaire de TRAUBE, et parle d'une « zone que certains auteurs ont appelée sous-mammaire, que M. TOURNIER appelle sous-cardiaque-hépatique, et qui commence à l'endroit où généralement on perçoit bien la sonorité de la grosse tubérosité ; en cette région existe à l'état normal une bande sonore de la largeur de la main, l'étendue de cette bande est réduite dans la *ptose* à 2 ou 3 travers de doigt. »

ROUGEUX, dans sa thèse sur la dislocation verticale de l'estomac, se contente de signaler que « la gastrophtose totale pourra être reconnue par la percussion : la limite supérieure de la matité gastrique ne sera perçue que sous le 5^e espace intercostal, sa limite normale ».

COLAVERI, dans son étude clinique et radiologique récente de la Ptose gastrique et duodénale, laisse tout à fait de côté cette question.

Seul, BOUVERET attire l'attention sur ce fait que « le signe caractéristique qui permet d'affirmer le diagnostic de gastropiose, c'est l'abaissement de la limite supérieure de la cavité gastrique ».

Par ailleurs, dans leurs recherches sur la gastrodianaphanie, MM. HERYNG et REICHMAN ont vu que lorsque l'estomac est abaissé, l'espace de TRAUBE reste sombre en totalité ou en partie.

Nos recherches personnelles nous ont montré que l'abaissement de la limite supérieure de l'espace de TRAUBE était constant dans la gastropiose; comme le montrent les schémas que nous publions dans les observations qui suivent, cet abaissement peut varier entre 2 cm. 5 et 6 cm. sur la ligne parasternale; entre 2 cm. 3 et 4 cm. 8 sur la ligne mamelonnaire.

Cet abaissement va du reste de pair avec un *abaissement du diaphragme gauche* plus ou moins accentué : moins accentué si l'on a affaire à une simple dislocation de l'estomac; très marqué au contraire si l'on a affaire à une gastropiose totale.

Nous avons percuté l'espace de TRAUBE chez nos ptosiques dans la position debout; nous n'avons pas trouvé de modifications très marquées en dehors de celles signalées pour l'estomac normal : cette manœuvre est du reste peu pratique et le praticien y a rarement recours.

D'autre part, en percutant l'aire de TRAUBE chez nos ptosiques, après mise en place d'une ceinture bi-sulva antiptosique, nous n'avons pas trouvé de modifications susceptibles de retenir l'attention ; on sait que ces ceintures ont surtout pour effet de

relever le bas-fond gastrique, elles influencent peu la portion supérieure de l'estomac.

1^{re} OBSERVATION résumée : Observation n° 2.214 du recueil de la Clinique.

Mme L... C..., 21 ans, ménagère, à Valenciennes, se présente le 9 novembre 1922 à la consultation des voies digestives, pour troubles dyspeptiques.

Diagnostic : Ptose gastrique, dyspepsie secondaire, retard d'évacuation.

Taille 1 m. 65. Poids à l'entrée 54 k. 500 au lieu de 60 k. poids habituel.

Vient pour troubles dyspeptiques apparus en 1919, après ennui.

Pesanteur précoce après les repas, durant 3 heures.

Ballonnement après les repas; émission de gaz par l'anus. Constipation habituelle. Pas de vomissements; pas de melaena.

Examen clinique :

Le foie ne déborde pas. Rate non perceptible.

Intestin : cœcum un peu gargouillant, descendant un peu contracté et sensible à la palpation.

Reins : non ptosés.

Poumons : légère obscurité du sommet droit; respiration un peu rude au sommet gauche.

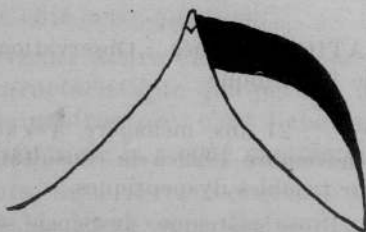
Cœur normal. Pression artérielle : 8/11, Riva humérale

Réflexes normaux.

Estomac : la percussion au niveau de l'espace de Traube montre un abaissement du tympanisme gastrique atteignant : 2 cm. 5 sur la ligne parasternale, 2 cm. 3 sur la ligne mamelonnaire (v. décalque de percussion n° 13).

Un examen radioscopique fait à deux reprises : le

9-11-22 et le 25-1-23, montrent une gastropiose accentuée (v. calque n° 14).



⊙

FIG. 13. — L... G... : Réduction d'un décalque de percussion.
Abaissement de l'espace de Traube.

Le 13-11-22 : l'exploration de l'estomac à la sonde a montré d'autre part (analyse n° 1682) :



FIG. 14. — L... C... : Réduction d'un calque orthodiagraphique.
Gastropiose.

1°) la présence d'un résiduaire à jeûn : volume 50 cc.—
Sans débris alimentaires. — Gunzbourg : +. — Acidité
totale : 0,124 %.

2°) au bout de 60', après repas d'épreuve d'Ewald : volume : 225 cc incomplet. — Gunzbourg : +. — Acidité totale : 0,211 %. — Chlorhydrie : 0,219 %. — Acidité lactique : néant. — Pigments biliaires : +. — Hémoglobine : néant.

Le 14-11-22 : Analyse de matières fécales, n° 540 (méthode de Carles et Barthélémy) : rien à signaler.

Le 14-11-22 : Réaction de Bordet-Wassermann : négative (n° 27.001).

2^{me} OBSERVATION résumée : Observation n° 1.496 du recueil de la Clinique.

Mme P... J..., 35 ans, cuisinière à Tourcoing, se présente le 24 février 1922, à la consultation des voies digestives, envoyée par le professeur SURMONT avec le diagnostic de : douleurs gastriques, peut-être symptomatiques d'un ulcus ou simplement nerveuses; points douloureux pylorique et sous costal gauche.

Diagnostic : Dyspepsie avec légère hyperpepsie et retard d'évacuation chez une ptosique.

L'examen clinique ne montre rien de particulier.

Cependant, la *percussion de l'espace de Traube* montre un abaissement de limite supérieure du tympanisme atteignant : 3 cm. sur la ligne parasternale ; 2 cm. 5 sur la ligne mamelonnaire (v. décalque de percussion n° 15).

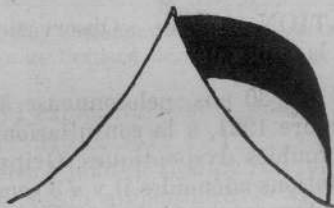


FIG. 15. — P... J... : Réduction d'un décalque de percussion. Abaissement de l'espace de Traube.

Une radio faite le 20-4-22 montre une ptose assez marquée de l'estomac (v. calque n° 16).

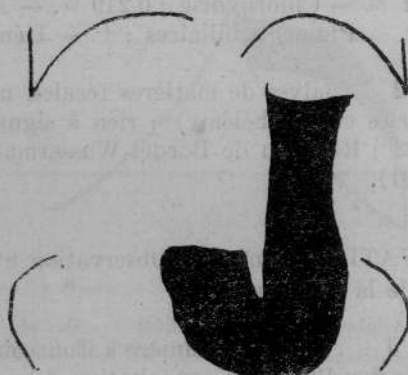


FIG. 16. — P... J... : Réduction d'un calque orthodiagraphique. Gastropiose.

Le 3-3-22 : l'exploration de l'estomac à la sonde montre (analyse n° 1109) :

1°) à jeûn : l'absence de liquide résiduaire ;

2°) après 60', et après repas épreuve d'Ewald : extraction d'un volume de 200 cc. incomplet. — Acide lactique : néant. — Pigments biliaires : +. — Hémoglobine : néant. — Gunzbourg : ++. — Acidité : 0,160 %. — Chlorhydrie : 0,196 % ;

3°) après 120' : Volume de 90 cc. incomplet. — Gunzbourg : +. — Acidité 0,182 %. — Chlorhydrie : 0,240 %.

3^{me} OBSERVATION résumée : Observation n° 1.306 du recueil de la Clinique.

Mlle L... N..., 30 ans, pelotonneuse à Lille. se présente le 6 décembre 1921, à la consultations des voies digestives, pour troubles dyspeptiques. Grippe en 1916. — Opérée de végétations adénoïdes il y a 3 semaines.

Diagnostic : Dyspepsie légèrement hyper, chez une ptosique.

Taille : 1 m. 61. Poids 48 k. 500.

Urines : normales.

Etat actuel : pesanteur précoce après les repas, durant une 1/2 heure; somnolence; pyrosis léger après les repas. Pas de vomissements. Bon appétit. Essoufflement à la marche et à l'ascension. Ne tousse pas.

Examen clinique :

Foie abaissé de 2 travers de doigt sous le rebord costal.

Rate non percevable.

Poumons : normaux. — Cœur normal.

Pression artérielle : 7/12. Riva huméral.

Réflexes oculaires normaux. Tendineux exagérés.

Estomac : limite inférieure descendue à 3 ou 4 travers de doigt sous l'ombilic.

La *percussion de l'espace de Traube* montre un abaissement de la limite supérieure du tympanisme gastrique atteignant : 3 cm. sur la ligne parasternale; 3 cm. sur la ligne mamelonnaire (v. décalque de percussion n° 17).

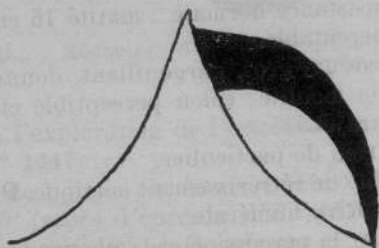


FIG. 17. — L... N... : Réduction d'un décalque de percussion. Abaissement de l'espace de Traube.

Le 8-12-21 : l'exploration de l'estomac à la sonde montre (analyse nos 915 et 961) :

1°) la présence à jeûn de liquide résiduaire d'un volume de 20 cc. sans résidu alimentaire. — Gunzbourg : +. — Acidité totale : 0,109 % ;

2°) après 60', après repas d'Ewald : Volume de 100 cc. très incomplet. — Gunzbourg : ++. — Acidité totale : 0,189 %. — Chlorhydrie : 0,28 % ;

3°) après 120' : Volume : 40 cc. — Gunzbourg : ++. — Acidité totale : 0,211 %. — Chlorhydrie : 0,226 %.

3^{me} OBSERVATION résumée : Observation n° 1.914 du recueil de la Clinique.

Mme G... G..., 35 ans, lingère à Haubourdin, se présente le 27 mai 1922 à la consultation des voies digestives.

Diagnostic : Rétrécissement aortique ancien bien compensé; typhocolite; gastropse; dyspepsie secondaire.

Taille 1 m. 65. Poids à l'entrée 57 k. 700 au lieu de 68 kilos.

Urines (analyse sommaire) : rien de particulier

Vient pour constipation habituelle, gêne épigastrique avec baillements apparaissant 3 heures après les repas. — Pas de vomissements. Pyrosis. Eructations fréquentes.

Amaigrissement de 10 kilos en 10 mois.

Examen clinique :

Langue un peu saburrale et d'aspect scrotal; bonne dentition.

Foie de consistance normale : matité 16 cm.

Rate non percutable.

Intestin : cœcum gros, gargouillant, donnant la sensation de chiffon mouillé; côlon perceptible et douloureux sur tout son trajet.

Poumons : rien de particulier.

Cœur : souffle de rétrécissement aortique. Pression artérielle : 7/115. Riva humérale.

Estomac : par la percussion et la phonendoscopie on délimite la limite inférieure de la grande courbure à 3 travers de doigt sous l'ombilic.

La *percussion de l'espace de Traube* permet de déceler un abaissement de la limite supérieure du tympanisme atteignant 3 cm. en moyenne (v. décalque de percussion n° 18).

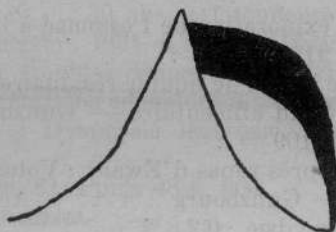


FIG. 18. — G... G... : Réduction d'un décalque de percussion. Abaissement de l'espace de Traube.

Un examen radioscopique pratiqué le 29-6-22 permet de constater en effet une gastropiose accentuée (calque n° 19).

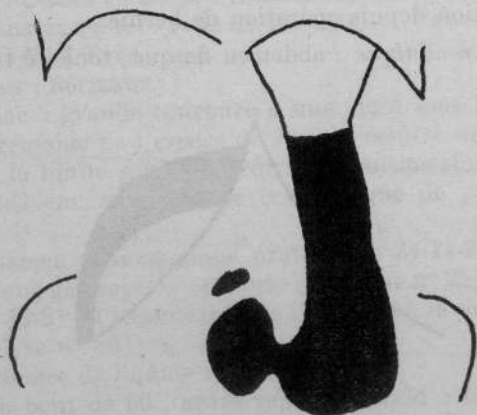


FIG. 19. — G... G... : Réduction d'un calque orthodiagraphique.
Gastropiose

Le 28-6-22 : l'exploration de l'estomac à la sonde montre (analyse n° 1447) :

- 1°) absence de liquide résiduaire à jeûn ;
- 2°) après 60' (repas d'épreuve d'Ewald) : un volume de 30 cc. très incomplet. — Gunzbourg : +. — Acidité totale : 0,182 %. — Chlore total : 0,365 %. — Acide lactique : néant.

Le 24-7-22 : analyse de matières fécales, n° 469 (méthode de Carles et Barthélémy) : nombreux œufs de trichocéphales.

5^{me} OBSERVATION résumée : Observation n° 1.267 du recueil de la Clinique.

Mme W... V..., 50 ans, gazeuse à Lille, se présente à la consultation des voies digestives le 22 novembre 1921.

Diagnostic : Ptoses multiples; dyspepsie secondaire.

Taille 1 m. 60. Poids d'entrée 48 kilos au lieu de 60, poids habituel.

Urines (examen sommaire) normales : légère phosphaturie.

Etat actuel : Pyrosis et éructation après les repas, depuis 3 mois; congestion de la face; quelques douleurs après les repas, accrues par la fatigue et les émotions; constipation depuis opération de hernie.

Examen clinique : abdomen flasque; tonicité très diminuée.

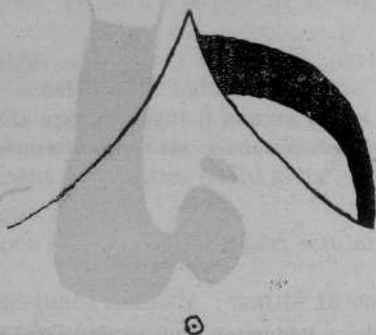


FIG. 20 — W... V... : Réduction d'un décalque de percussion.
Abaissement de l'aire de Traube.

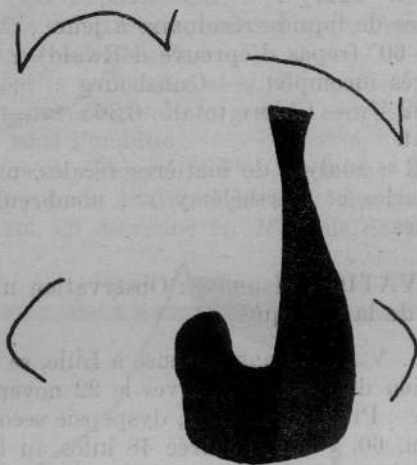


FIG. 21. — W... V... : Réduction d'un calque orthodiagraphique.
Gastroptose

Foie abaissé de 2 travers de doigt (matité normale).

Rate non perceptible.

Reins : ptosés et un peu douloureux.

Poumons et cœur : rien de particulier. Pression artérielle : 75/11,5 Riva.

Réflexes : normaux.

Estomac : grande courbure à une main sous l'ombilis.

La percussion de l'espace de *Traube* montre un abaissement de la limite supérieure du tympanisme stomacal atteignant 3 cm. en moyenne (v. décalque de percussion n° 20).

Un examen radioscopique pratiqué le 24-11-21 montre en effet une gastropiose marquée (v. calque n° 21).

Le 24-11-21 : l'exploration de l'estomac à la sonde montre (analyse n° 861) :

1°) absence de liquide résiduaire à jeûn ;

2°) au bout de 60', après repas d'Ewald : un volume de 35 cc. complet. — Acide au tournesol. — Gunzbourg : + +. — Acidité totale : 0,197 %. — Chlorhyrie : 0,204 %.

6^{me} OBSERVATION résumée : Observation n° 2341 du recueil de la Clinique.

Mme S... Germaine, 33 ans, ménagère à Lille, se présente le 5 janvier 1923, à la consultation des voies digestives, pour troubles dyspeptiques. ;

Diagnostic : Dyspepsie nerveuse chez une ptosique.

Taille 1 m. 63. Poids 49 k. 600 au lieu de 53 kilos poids habituel.

Antécédents personnels : typhoïde à 6 ans; asthénie marquée à 19 ans; grippe à 32 ans.

Troubles à l'entrée : Pyrosis marqué après les repas, depuis 4 semaines brûlure retro-sternale qui dure deux heures après les repas; éructations abondantes avec légères régurgitations; pas de vomissements; constipation légère.

Examen clinique :

Foie ptosé, débordant de 1 à 2 travers de doigt les fausses côtes.

Rate non perceptable.

Rein droit ptosé 1er degré.

Poumons et cœur normaux. Pression artérielle : 8,5/13

Riva.

Réflexes normaux.

Estomac : limite inférieure descendue à 3 travers de doigt sous l'ombilic.

La percussion de l'*espace de Traube* montre un abaissement de la limite supérieure normale du tympanisme gastrique atteignant : 3 cm sur la ligne parasternale ; 3 cm. sur la ligne mamelonnaire (v. décalque de percussion n° 22).



FIG. 22. — Réduction d'un décalque de percussion.
Abaissement de l'espace de Traube.

Le 8-1-23 : l'exploration de l'estomac à la sonde montre (analyse n° 1801) :

1°) la présence à jeûn d'un liquide résiduaire de 15 cc.
— Gunzbourg : + très léger. — Acidité totale : 0,075 % ;

2°) après repas d'épreuve d'Ewald : Volume : 65 cc. inc. après 60'. — Gunzbourg : +. — Acidité totale : 0,182 %. — Chlorhydrie : 0,262 %. — Acidité lactique : traces. — Pigments biliaires : +. — Hémoglobine : néant.

7^{me} OBSERVATION résumée : Observation n° 521 du recueil de la Clinique.

Mlle B. S..., 29 ans, gouvernante à Mouvaux, se présente à la consultations des voies digestives le 17 février 1921, pour des troubles dyspeptiques.

Diagnostic : Dyspepsie consécutive à ptoses multiples.

Taille 1 m. 71. Poids 60 k. 700.

Souffre de l'estomac depuis 19 ans. Pesanteur épigastrique après les repas; éructations à saveur acide jusqu'à trois heures après les repas; palpitations après les repas, avec une légère douleur sous le sein gauche pas de vomissements; pas d'hématémèse, ni de melana.

L'*examen clinique* montre l'existence d'une hépatoptose et néphroptose droite du 2^e degré.

Cœur normal avec un léger retentissement du 2^{me} bruit aortique. Pression artérielle : 9/12.5, Riva.

Estomac : grande courbure descendue au dessous de l'ombilie.

La percussion au niveau de l'*espace de Traube* montre un abaissement de la limite supérieure du tympanisme gastrique atteignant : 3 cm. sur la ligne parasternale ; 2 cm. 8 sur la ligne mamelonnaire (v. décalque de percussion n° 23).

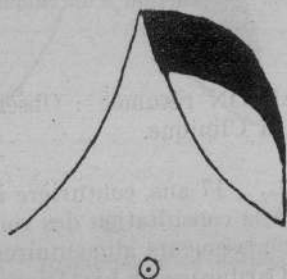


FIG. 23. — B... S... : Réduction d'un décalque de percussion. Abaissement de l'espace de Traube.

Un examen radioscopique pratiqué le 17-2-21 montre une gastropiose accentuée (v. calque n° 24).

Le 18-2-21 : l'exploration de l'estomac à la sonde montre (analyse n° 264) :

- 1°) la présence à jeûn d'un liquide résiduaire de 11 cc.
- Gunzbourg : +. — Acidité totale : 0,054 % ;
- 2°) après repas d'épreuve d'Ewald et après 60' : un

volume de 100 cc. — Gunzbourg : + +. — Acidité totale : 0,146 %. — Chlorhydrie : 0,232 %. — Aucun élément anormal.

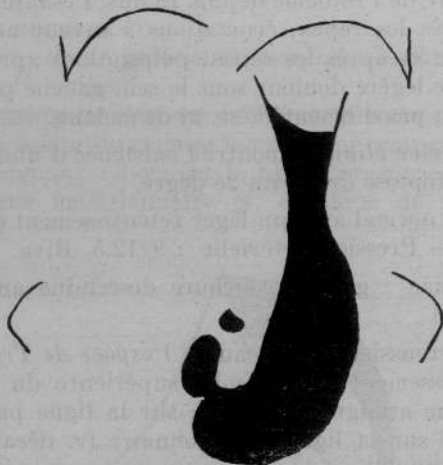


FIG. 24. — B... S... : Réduction d'un calque orthodiagraphique. Gastroptose

8^{me} OBSERVATION résumée : Observation n° 637 du recueil de la Clinique.

Mlle V... M..., 17 ans, couturière à Lille, se présente le 2 avril 1921 à la consultation des voies digestives, pour dysphagie et vomissements alimentaires.

Diagnostic : Cardiospasme hystérique chez une ptosique (contrôles œsophagoscopique et radioscopique multiples (1))

Taille 1 m. 60. Poids 43 kilogs.

Troubles apparus il y a un an environ et progressivement à la suite de l'absorption d'un morceau de pomme qui causa de la gêne épigastrique pendant plusieurs heures. Puis, dysphagie progressive et intolérance gastrique : vomissements alimentaires immédiatement après les repas.

(1) Voir communication à la Société de Médecine du Nord, séance du 23-12-21, par MM. H. SURMONT et J. TIPREZ

Examen clinique :

Syndrôme d'inanition.

Foie petit (matité 5 cm.).

Cœur et poumons normaux ; réflexes normaux.

Pression artérielle : 8,5/10,5 Riva huméral.

Pouls lent à 64.

Côlon descendant un peu spasmodique et légèrement sensible à la palpation.

Estomac : grande courbure à 2 travers de doigt sous l'ombilic (phonendoscopie ; decubitus dorsal).

Percussion de l'espace de Traube : abaissement limite supérieure du tympanisme gastrique atteignant : 3 cm 2 sur la ligne parasternale ; 3 cm. sur la ligne mamelonnai-re (v. décalque de percussion n° 25).

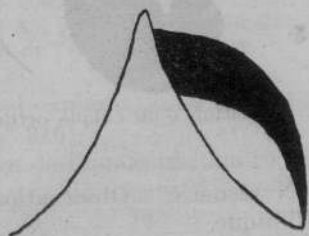


FIG. 25. — V... M... : Réduction d'un décalque de percussion.
Abaissement de l'aire de Traube.

Le 23-9-21 : un examen radioscopique montre une gastropse très accentuée (v. calque n° 26).

Le 9-9-21 : l'exploration de l'estomac à la sonde montre (analyse n° 653) :

1°) la présence à jeûn d'un résiduaire dont les caractères sont : Volume : 75 cc. (avec débris alimentaires abondants). — Gunzbourg : +. — Acidité totale : 0,070 % ;

2°) après repas d'épreuve d'Ewald, l'extraction au bout

de 60' d'un volume de 150 cc. — Gunzbourg : +. — Acidité totale : 0,142 %. — Chlorhydrie : 0,174 %. — Acide lactique : néant. — Pigments biliaires : +. — Hémoglobine : néant.



FIG. 26. — V... M... : Réduction d'un calque orthodiagraphique. Gastroparésie

9^{me} OBSERVATION résumée : Observation n° 613 du recueil de la Clinique.

Mme Vve V... A..., 39 ans, ménagère à Lille, se présente le 15 mars 1921 à la consultations des voies digestives, pour divers troubles dyspeptiques.

Diagnostic : Troubles dyspeptiques hyperchlorhydriques chez une ptosique suspecte de bacillose pulmonaire.

Taille 1 m. 55. Poids à l'entrée 40 k. 500 au lieu de 57 kil. poids habituel.

Aménorrhée pendant 17 mois en 1915; pesanteur; palpitations après les repas; asthénie prononcée; pas de vomissements; constipation habituelle. Amaigrissement de 14 kilos depuis 1915.

L'examen clinique montre un abdomen très flasque, de tonicité très diminuée. Sommets pulmonaires suspects. Pouls à 128.

L'estomac est abaissé : grande courbure à 3 travers de doigt sous l'ombilic (phonendoscopie).

L'espace de Traube est abaissé de 3 cm. 5 sur la ligne parasternale ; 2 cm. 5 sur la ligne mamelonnaire (v. décalque de percussion n° 27).

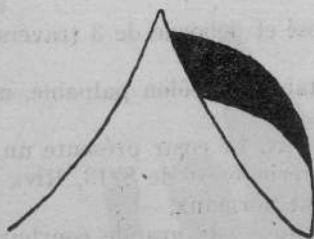


Fig. 27. — V... A... : Réduction d'un décalque de percussion.
Abaissement de l'espace de Traube.

Le 15-3-21 : l'exploration de l'estomac à la sonde montre (analyse n° 316) :

- 1°) l'absence de liquide résiduaire à jeûn ;
- 2°) après repas d'épreuve d'Ewald, l'extraction après 60' : d'un volume de 145 cc. — Gunzbourg : ++. — Acidité : 0,226 %. — Chlorhydrie : 0,277 %. — Acide lactique : traces. — Pigments biliaires : +. — Hémoglobine : néant.

10^{me} OBSERVATION résumée : Observation n° 1.159 du recueil de la Clinique.

Mme B... M..., 43 ans, ménagère à Hellemmes, se présente le 8 octobre 1921 à la consultation des voies digestives, pour des troubles dyspeptiques.

Diagnostic : Ptose généralisée avec légère hyperpepsie. Taille 1 m. 60. Poids d'entrée : 63 kilos.

Mariée ; 5 enfants vivants chétifs, plus 4 morts en bas-âge. Bronchite il y a deux ans.

Actuellement vient pour sensation de déchirement épi-

gastrique survenant après les repas, avec pesanteur, maux de tête, éructations fréquentes. Constipation; ballonnement abdominal.

L'*examen clinique* montre un abdomen très flasque, à tonicité très diminuée avec un diastasis marqué des grands droits.

Le foie est ptosé et déborde de 3 travers de doigt sous les fausses côtes.

La rate pectable. Le côlon palpable, un peu douloureux.

Poumons normaux. Le cœur présente un bruit affaibli.

La pression artérielle est de 8/13, Riva humérale.

Les réflexes sont normaux.

L'estomac est ptosé : la grande courbure descend à 3 travers de doigt environ sous l'ombilie (phonendoscopie).

L'*espace de Traube* est abaissé : l'abaissement de la limite supérieure du tympanisme gastrique atteint : 3 cm. 5 sur la ligne parasternale; 3 cm. sur la ligne mamelonnaire (v. décalque de percussion n° 28).

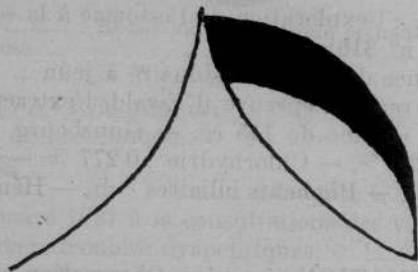


FIG. 28. — B... M... : Réduction d'un décalque de percussion. Abaissement de l'espace de Traube.

Un examen radioscopique, fait le 20 octobre 1921, montre une gastropiose très marquée (v. calque n° 29).

Le 10-10-21 : l'exploration de l'estomac à la sonde montre (analyse n° 711) :

1°) la présence d'un liquide résiduaire de 20 cc. sans

résidu alimentaire. — Réaction de Gunzbourg : +. — Acidité totale : 0,146 % ;

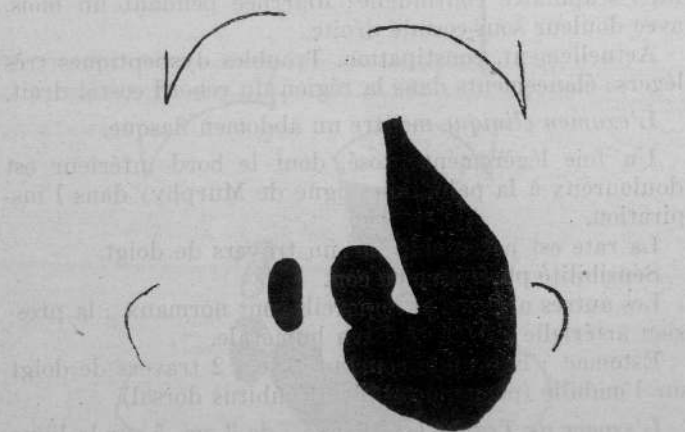


FIG. 29. — B... M... : Réduction d'un calque orthodiagraphique. Gastropiose

2^e) après repas d'épreuve d'Ewald, et au bout de 60' : l'extraction d'un volume de 40 cc complet. — Gunzbourg : +. — Acidité totale : 0,222 %. — Chlore total : 0,372. — Hémoglobine : néant.

11^{me} OBSERVATION résumée : Observation n° 2.235 du recueil de la Clinique.

Mme D... H..., 42 ans, ménagère à Lille, se présente le 21 novembre 1922 pour troubles dyspeptiques, à la consultation des voies digestives.

Diagnostic : Cholécystite lithiasique; péricholécystite et périoduodénite hyperchlorhydrie, ptose.

Taille 1 m. 63. Poids 63 k. 700 au lieu de 75 k. poids habituel.

Mariée, pas d'enfants.

A 22 ans : rétention de fœtus mort; hystérectomie probable à cette époque.

Vient pour sensation de constriction au niveau de la gorge un quart d'heure après le repas ; douleur inter-scapulaire continuelle ; diarrhée pendant un mois, avec douleur sous-costale droite.

Actuellement, constipation. Troubles dyspeptiques très légers ; élancements dans la région du rebord costal droit.

L'examen clinique montre un abdomen flasque.

Un foie légèrement ptosé, dont le bord inférieur est douloureux à la palpation (signe de Murphy) dans l'inspiration.

La rate est percutable sur un travers de doigt.

Sensibilité phrénique au cou.

Les autres organes et appareils sont normaux : la pression artérielle : 9/14 $1\frac{1}{2}$ Riva humérale.

Estomac : la grande courbure est à 2 travers de doigt sur l'ombilic (phonendoscopie, décubitus dorsal).

L'espace de Traube est abaissé : de 3 cm. 5 sur la ligne parasternale ; de 3 cm. 2 sur la ligne mamelonnaire (v. décalque de percussion n° 30).

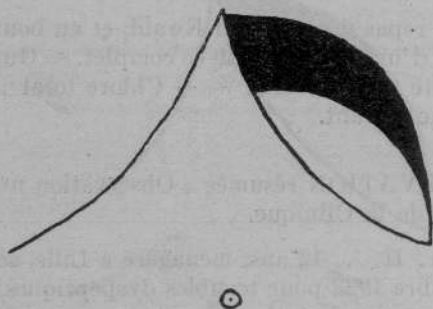


FIG. 30. — D... H... : Réduction d'un décalque de percussion. Abaissement de l'aire de Traube.

Le 7-12-22 : un examen radioscopique montre un estomac très abaissé sous les crêtes iliaques (v. calque n° 31).

Le 24-11-22 : analyse du sang n° 199 : Cholestérine 2,50 0/00 au lieu de 1,70.

Le 24-11-22 : analyse des matières fécales n° 551 : Mé-

thode de Carles et Barthélémy) : quelques œufs de trichocéphales et d'entamoeba-coli.

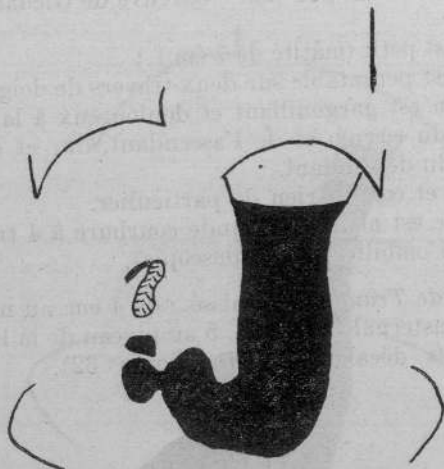


FIG. 31. — D... H... : Réduction d'un calque orthodiagraphique. Gastropiose.

Le 11-12-22 : analyse du liquide gastrique n° 1748 :

1°) absence de liquide résiduaire ;

2°) Repas d'épreuve : Volume : 75 cc. très inc. — Gunzbourg : ++. — Acidité : 0,288. — Chlorhydrie : 0,313.

12^{me} OBSERVATION résumée : Observation n° 2.395 du recueil de la Clinique.

Mme F... I..., 30 ans, ménagère à Péronne, se présente le 25 janvier 1923, pour des troubles dyspeptiques.

Diagnostic : Ptose gastrique.

Taille 1 m. 74. Poids 54 k. 700 au lieu de 70 kilos poids habituel.

Mariée : 1 perte avec curetage.

Rougeole et coqueluche en bas-âge. Leucorrhée abondante ; début il y a deux ans par pesanteur épigastrique après repas, durant de 2 à 3 heures, baillements, éructations ; sialorrhée abondante après les repas.

L'examen clinique montre une langue scrotale ; un abdomen de forme un peu plat : épreuve de Glénard légèrement +.

Le foie est petit (mâtité de 7 cm.) ;

La rate est perceptible sur deux travers de doigt.

L'intestin est gargouillant et douloureux à la pression au niveau du cœcum et de l'ascendant, dur et contracté au niveau du descendant.

Poumons et cœur : rien de particulier.

L'estomac est abaissé : grande courbure à 4 travers de doigt sous l'ombilic (phonendoscopie).

L'espace de Traube est abaissé : de 4 cm. au niveau de la ligne parasternale ; de 3 cm. 5 au niveau de la ligne mamelonnaire (v. décalque de percussion n° 32).

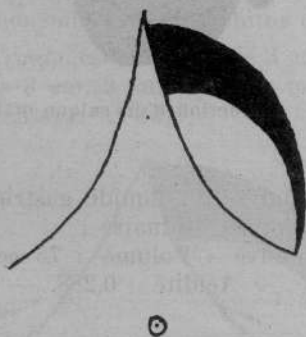


FIG. 32. — F... L... : Réduction d'un décalque de percussion. Abaissement de l'espace de Traube.

Un examen radioscopique, fait le 25-1-23, montre en effet une ptose marquée de l'estomac (v. calque n° 33).

Le 27-1-23 : Réaction de Bordet-Wassermann : négative (docteur BENOIT, n° 27.972).

Le 30-1-23 : Réaction de MEYER dans les selles : négative dans 3 échantillons différents.

Le 30-1-23 : l'analyse du suc gastrique n° 1852 montre :

1°) absence de résiduaire à jeûn ;

2°) au bout de 30' : un volume de 180 cc. — Réact. de

Gunzbourg : négative. — Acidité totale : 0,116 %. —
Chlorhydrie : 0,145 %. — Aucun élément anormal.

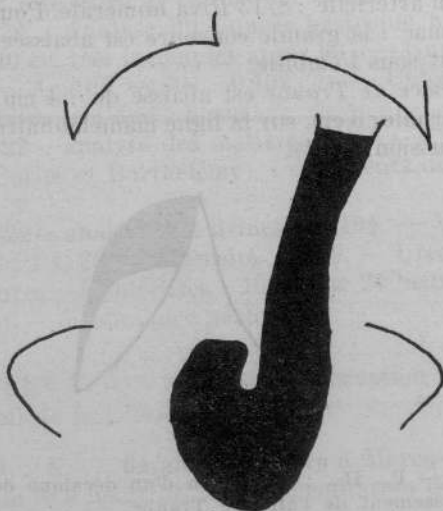


FIG. 33. — F... L... : Réduction d'un calque orthodiagraphique.
Gastropexie.

13^{me} OBSERVATION résumée : Observation n° 1.623 du
recueil de la Clinique.

Mlle P... H..., 23 ans, ménagère à La Bassée, est envoyée par son médecin à la consultation, le 4 avril 1922, pour des troubles dyspeptiques.

Diagnostic : Dyspepsie hypopeptique chez une ptosique constipée.

Taille 1 m. 60. Poids 44 k. 300 au lieu de 50 kilos.

Réglée à 14 ans. Bronchites fréquentes depuis enfance. Otite chronique; règles très irrégulières.

Vient pour douleurs diffuses dans toute la région gastrique et abdominale, sans horaire bien fixe, par crises de deux heures environ. Céphalée matinale. Pyrosis et régurgitations de liquide œsophago-salivaire; pas de vomissements; un peu de sueurs nocturnes. Asthénie le matin au réveil.

L'examen clinique ne décèle rien de particulier.

Les poumons sont normaux; le cœur également; la pression artérielle : 8/13 Riva humérale. Pouls à 96.

Estomac : la grande courbure est abaissée de 2 travers de doigt sous l'ombilic.

L'espace de Traube est abaissé de : 4 cm. sur la ligne parasternale; 3 cm. sur la ligne mamelonnaire (v. décalque de percussion n° 34).

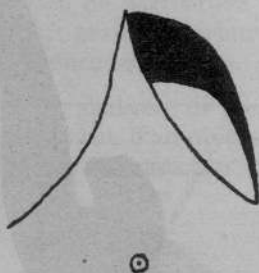


FIG. 34. — P... H... : Réduction d'un décalque de percussion. Abaissement de l'aire de Traube.

Le 6-4-22 et le 11-9-22 : un examen radioscopique montre une gastropiose marquée (v. calque n° 35).

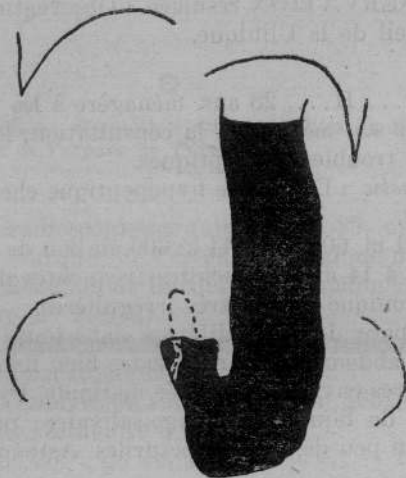


FIG. 35. — P... H... : Réduction d'un calque orthodiagraphique. Gastropiose.

Le 8-4-22 : Réaction de Meyer dans les selles : négative sur 3 échantillons différents.

Le 8-4-22 : Réaction de Bordet-W. : négative.

Le 10-4-22 : Analyse du liquide gastrique n° 1.217 : Volume : 40 cc. très incomplet après 60'. — Gunzbourg : + léger. — Acidité totale : 0,102 %. — Chlore total : 0,277. — Acide lactique : néant.

Le 20-4-22 : analyse des matières fécales, n° 407 (méthode de Carles et Barthélémy) : rares œufs de trichocéphales.

Le 12-6-22 : analyse des urines, n° 194. — Volume de 24 heures : 1 l. 650. — Densité : 1009. — Urée : 23 g. 2 par 24 heures. — Chlorures : 10.72 par 24 heures. — Sucre : néant. — Albumine : néant.

14^{me} OBSERVATION résumée : Observation n° 1507 du recueil de la Clinique.

Mme D... E..., 64 ans, ménagère à Marcq-en-Barœul, se présente le 4 mars 1922 à la consultation des voies digestives.

Diagnostic : Sclérose avec hyperchlorhydrie; Myocardite chronique. A surveiller au point de vue néoplasme. Ptose gastrique.

Taille 1 m. 66. Poids 62 kilos à l'entrée au lieu de 80 k. poids habituel.

Mariée; 2 enfants bien portants; 1 enfant mort de gastro-entérite. — Fièvre typhoïde à 6 ans. Δ 40 ans, œdème généralisé (durée 3 mois). A 54 ans, bronchite.

Vient pour troubles dyspeptiques remontant à 10 ans.

Tiraillements avant les repas, non calmés par l'ingestion des aliments, accompagnés de vomiturations sans saveur particulière. Pesanteur après les repas avec de temps en temps éructations à odeur butyrique. Constipation habituelle : anorexie depuis 3 mois.

L'examen clinique montre :

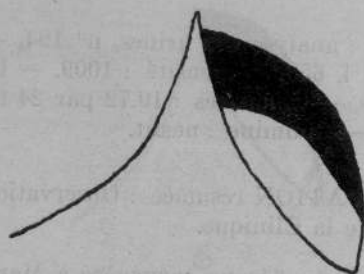
Un foie douloureux débordant de 3 travers de doigt sur le rebord costal.

Un intestin spasmodique.

Au cœur, un bruit de galop systolique. Le pouls est à 60 ; la pression artérielle mesurée au Pachon-Riva : 8/14.

L'estomac est abaissé : la grande courbure est à 3 travers de doigt sous l'ombilic.

L'espace de Traube est réduit : la limite supérieure du tympanisme gastrique est abaissée de : 4 cm. 2 sur la ligne parasternale ; 3 cm. 3 sur la ligne mamelonnaire (v. décalque de percussion n° 36).



○

Fig. 36. — D... L... : Réduction d'un décalque de percussion.
Abaissement de l'aire de Traube.

Deux examens radioscopiques pratiqués le 9-3-22 et le 8-1-23, montrent une ptose de l'estomac très accentuée (v. calque n° 37).

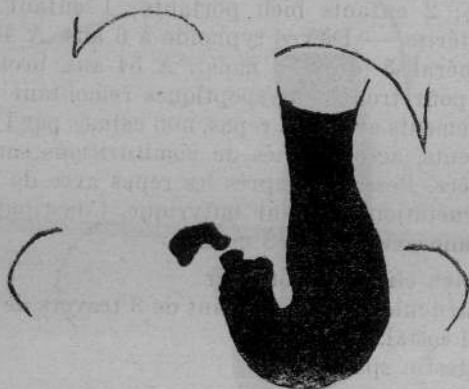


Fig. 37. — D... L... : Réduction d'un calque orthodiagraphique.
Gastropptose.

Le 10-3-22 : Réaction de Bordet-W. : négative (° 23.107, docteur BENOIT).

Le 13-3-22 : l'analyse du liquide gastrique (n° 1.135), montre :

1°) absence de résiduaire à jeûn ;

2°) au bout de 60' et après repas d'Ewald, l'extraction d'un volume de 90 cc inc., à odeur légèrement butyrique. Réaction de Gunzburg : + + ; Acidité : 0,255 %. — Chlo-
rhydrie : 0,265 %.

Le 17-3-22 : Réaction de Meyer : négative dans 3 échan-
tillons différents de matières.

15^{me} OBSERVATION résumée : Observation n° 2.072 du
recueil de la Clinique.

Mme V... E..., 27 ans, couturière à Wambrechies, se
présente le 2 septembre 1922 à la consultation des voies
digestives.

Diagnostic : Côlite chronique ; dyspepsie hypopeptique
chez une ptosique.

Taille 1 m. 53. Poids d'entrée 47 k. 200.

Appendicectomie à 15 ans ; sciatique à 16 ans ; céphalée ;
hydarthrose du genou gauche en 1919.

Vient pour pesanteur épigastrique apparaissant aussi-
tôt après les repas et durant une 1/2 heure. Pyrosis ; éruc-
tations à saveur aigre ; somnolence et céphalée ; pas de
vomissements ; constipation. Cauchemars la nuit. Dysmé-
norrhée avec leucorrhée.

L'examen clinique montre :

Un abdomen légèrement excavé, amaigri.

Un foie petit ne débordant pas (7 cm.) ; une rate percu-
table sur 2 travers de doigt ; un côlon très douloureux ;
cœur et poumons normaux.

Pression artérielle : 8,5/11,5 Riva humérale.

Réflexes normaux.

Estomac : grande courbure à 2 travers de doigt sous
l'ombilic (phonendoscopie, décubitus dorsal).

Espace de Traube diminué : abaissement de la limite
supérieure du tympanisme gastrique atteignant : 4 cm. 2

sur la ligne parasternale ; 4 cm. 5 sur la ligne mamelonnaire (v. décalque de percussion n° 38).

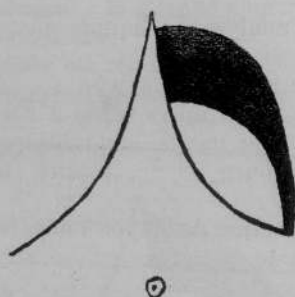


FIG. 38. — V... L... : Réduction d'un décalque de percussion. Abaissement de l'espace de Traube.

Un examen radioscopique pratiqué le 14-9-22, montre une ptose gastrique accentuée (v. calque n° 39).

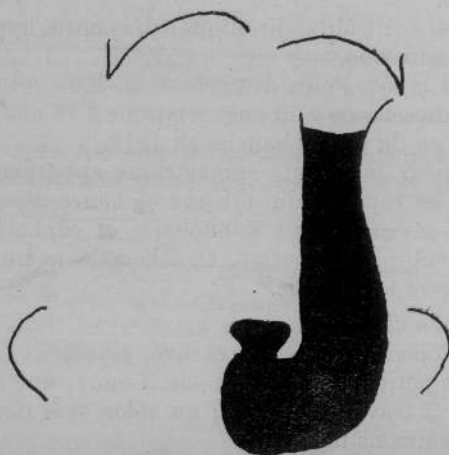


FIG. 3. — V... L... Réduction d'un calque orthodiagraphique. Gastropiose.

Le 8-9-22 : l'exploration de l'estomac à la sonde montre (analyse n° 1559) :

1° la présence d'un résiduaire de 15 cc. (sans débris

alimentaires). — Gunzbourg : négatif. — Acidité totale : 0,054 % ;

2°) après repas d'Ewald, après 60' : Volume : 50 cc. incomplet. — Gunzbourg : +. — Acidité totale : 0,167 %. — Chlore total : 0,277 %.

Le 30-10-22 : réaction de Bordet-W. : négative (docteur BENOIT, n° 26.822).

16^{me} OBSERVATION résumée : Observation n° 803 du recueil de la Clinique.

Mme D... B..., 42 ans, électricienne à Croix, se présente 28 mai 1921, à la consultation des voies digestives.

Diagnostic : Dyspepsie nerveuse chez une ptosique.

Taille 1 m. 67. Poids d'entrée 51 kilos au lieu de 58 k. poids habituel.

Mariée 6 enfants bien portants ; 1 perte intercalaire.

Vient pour troubles dyspeptiques vagues : pesanteur épigastrique après les repas éructations à saveur non acide. Constipation opiniâtre. Un peu de dyspnée d'effort. Nervosisme.

Examen clinique :

Abdomen flasque de tonicité diminuée.

Foie et rate normaux. Rein droit ptosé.

Côlon spasmodique sensible à la palpation.

Cœur normal. Pouls à 81. Réflexes normaux.

Estomac : grande courbure à 3 travers de doigt sous l'ombilic.

Espace de Trauble diminué.

La limite supérieure du tympanisme stomacal est abaissée de : 4 cm 3 sur la ligne parasternale ; de 3 cm sur la ligne mamelonnaire (v. décalque de percussion n° 40).

Un examen radioscopique du 16-6-21 montre une ptose totale de l'estomac (v. calque n° 41).

Le 30-5121 : l'exporation de l'estomac à la sonde montre :

1°) l'absence de liquide résiduaire ;

2°) après repas d'Ewald et après 60' : un volume de 35 cc. — Gunzbourg : +. — Acidité : 0,292 %. — Acide lactique : +. — Pigments biliaires : néant. — Hémoglobine : néant.

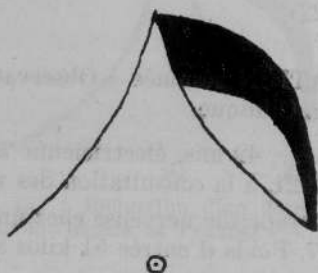


FIG. 40. — D... B... : Réduction d'un décalque de percussion. Abaissement de l'espace de Traube.

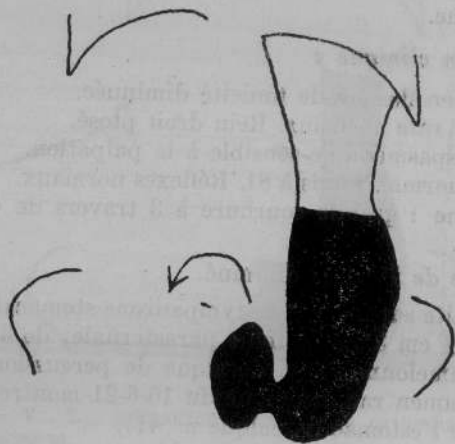


FIG. 41. — D... B... : Réduction d'un calque orthodiagraphique. Gastropse.

17^{me} OBSERVATION résumée : Observation n° 1.631 du recueil de la Clinique.

M. B... H..., 44 ans, agent de police à Lille, se présente le 8 avril 1922 à la consultation des voies digestives, pour troubles dyspeptiques remontant à 14 ans.

Diagnostic : Troubles dyspeptiques consécutifs à ptose gastrique.

Taille 1 m. 76. Poids 71 k. 200.

Urines normales (examen d'entrée).

Blennorragie avec orchite avant la guerre.

Eczéma aux deux jambes il y a deux ans.

Présente de la pesanteur épigastrique avec brûlures sans horaire fixe. Somnolence après les repas. Eructations fréquentes; pas d'anorexie; constipation pendant crises dyspeptiques.

Examen clinique :

La percussion au niveau de l'aire de Traube montre un abaissement marqué de la limite supérieure du tympanisme, atteignant : 4 cm 3 sur la ligne parasternale; 4 cm sur la ligne mamelonnaire (v. décalque de percussion n° 42).

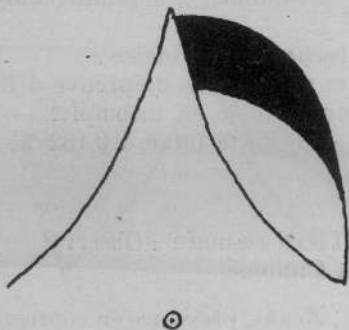


FIG. 42. — B... H... : Réduction d'un décalque de percussion. Abaissement de l'aire de Traube.

Les autres organes et appareils ne présentent rien de particulier.

Pression artérielle : $7 \frac{1}{2}/14$, Riva humérale.

Un *examen radioscopique* fait le 12-4-22, montre une ptose marquée de l'estomac (voir calque n° 43).

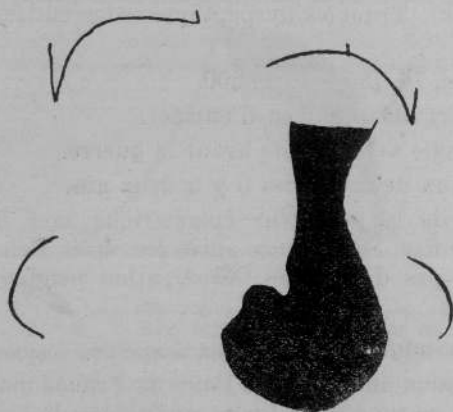


FIG. 43. B... H... : Réduction d'un calque orthodiagraphique. Gastropiose.

L'exploration de l'estomac à la sonde (analyse n° 1214) montre :

1°) à jeûn, l'absence de résiduaire ;

2°) après 60' et après repas d'épreuve d'Ewald : l'extraction d'un volume de 95 cc. incomplet. — Réaction de Gunzbourg : +. — Acidité totale : 0,182 %. — Chlorhydrie : 0,182 %.

18^{me} OBSERVATION résumée : Observation n° 2.201 du recueil de la Clinique.

Mme D... R... , 25 ans, presseuse en confections à Fives, se présente le 4 novembre 1922, à la consultation des voies digestives.

Diagnostic : Dyspepsie; affection chronique; gastropiose.

Taille 1 m. 66. Poids d'entrée 51 k. 500 au lieu de 54 k. poids habituel.

Mariée; 1 enfant vivant; 1 enfant mort à 1 mois, de bronchite.

Vient pour troubles dyspeptiques apparus il y a deux mois. Ballonnement et pesanteur précoce, durant plusieurs heures après les repas. Nausées fréquentes; baillements; éructations. Constipation légère. Dysménorrhée; leucorrhée légère.

L'examen clinique montre :

Un foie qui déborde et légèrement sensible.

Un rate percutable sur 3 à 4 travers de doigt.

Poumons : submatité du sommet droit.

Cœur normal. Pression artérielle : 8/11,5, Riva.

Réflexes normaux.

Point de Mac Burney très douloureux.

Estomac : grande courbure à 3 travers de doigt sur l'ombilic.

Espace de Traube abaissé : de 4 cm 5 sur la ligne parasternale; 4 cm. sur la ligne mamelonnaire (v. décalque de percussion n° 44).

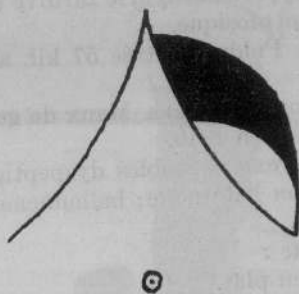


FIG. 44. — D... R... : Réduction d'un décalque de percussion. Abaissement de l'espace de Traube.

Un examen radiocopique fait le 9-11-22 montre une gastropiose (v. calque n° 45).



FIG. 45. — D... R... : Réduction d'un calque orthodiagraphique. Gastropiose.

19^{me} OBSERVATION résumée : Observation n° 1.675 du recueil de la Clinique.

M. M... H..., 25 ans, mécanicien à Pérénchies, se présente le 22-4-22, à la consultation des voies digestives.

Diagnostic : Hyperchlorhydrie tardive avec retard d'évacuation chez un ptosique.

Taille 1 m. 74. Poids d'entrée 57 kil. au lieu de 63 k. poids habituel.

Broncho-pneumonie à 6 ans. Maux de gorges fréquents. Opéré de varicocèle en 1919.

Vient pour anorexie; troubles dyspeptiques post-prandiaux; constipation habituelle; ballonnements; insomnie; frilosité; asthénie.

Examen clinique :

Abdomen un peu plat.

Foie petit. Rate percevable sur deux travers de doigt.

Côlon légèrement sensible à la palpation.

Cœur normal.

Poumons normaux. Pression artérielle : 7,5/12,5 Riva.

Réflexes oculaires normaux; tendineux exagérés.

Estomac : grande courbure à 3 travers de doigt sous l'ombilic.

Espace de Traube abaissé de : 4 cm. 5 sur la ligne parasternal; 4 cm 2 sur la ligne mamelonnaire (v. décalque de percussion n° 46).

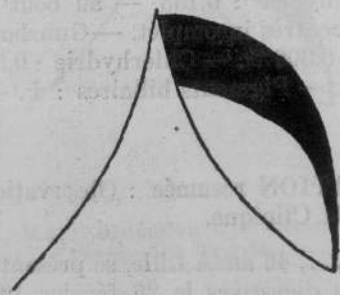


FIG. 46. — M... H... : Réduction d'un décalque de percussion.
Abaissement de l'espace de Traube.

Le 6-7-22, un examen radioscopique montre une ptose gastrique (v. calque n° 47).



FIG. 47. — M... H... : Réduction d'un calque orthodiagraphique.
Gastroptose.

Le 26-4-22 : l'exploration de l'estomac à la sonde (analyse 1267), montre :

1°) l'absence de résiduaire à jeûn ;

2°) après repas d'Ewald, au bout de 60' : un volume de 60 cc. incomplet. — Gunzbourg : +. — Acidité totale : 0,127. — Chlorhydrie : 0,153. — au bout de 120' : un volume de 105 cc. très incomplet. — Gunzbourg : ++. — Acidité totale : 0,306 %. — Chlorhydrie : 0,335 %. — Acide lactique : +. — Pigments biliaires : +. — Hémoglobine : néant.

2^{ome} OBSERVATION résumée : Observation n° 560 du recueil de la Clinique.

Mlle L... M..., 46 ans, à Lille, se présente à la consultation des voies digestives le 26 février 1921, pour des troubles gastriques.

Diagnostic : Insuffisance rénale avec hypertension chez une ptosique.

Taille 1 m. 61. Poids à l'entrée 48 kilos.

Urines (analyse sommaire) : traces de phosphates.

Pas d'antécédents intéressants.

Brûlures épigastriques depuis plusieurs années, sans horaire fixe, accompagnées d'éruclations. Petit signes de Brightisme. Grande émotivité; syndrome solaire très net.

Examen clinique :

Foie : déborde de 3 travers de doigt sous le rebord costal (matité normale).

Rate : perceptible sur 2 travers de doigt.

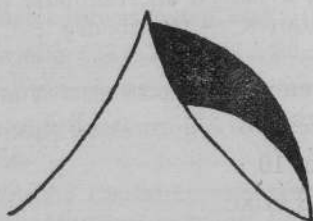
Poumons : rien de particulier.

Cœur : bruit de galop.

Pression artérielle : 11/17, Riva humérale.

Estomac : la percussion au niveau de l'espace de Traube montre un abaissement de la limite supérieure du tympanisme, atteignant : 4 cm 5 sur la ligne parasternale ; 3 cm

sur la ligne mamelonnaire (v. décalque de percussion n° 48).



⊙

FIG. 48. — L... M... : Réduction d'un décalque de percussion.
Abaissement de l'espace de Traube.

La limite inférieure de l'estomac est trouvée par la percussion à 4 travers de doigt sous l'ombilic.

Une radioscopie faite le 21-12-22 montre une ptose très accentuée (v. calque n° 49).



FIG. 49. — L... M... : Réduction d'un calque orthodiagraphique.
Ptose gastrique marquée.

L'exporation de l'estomac à la sonde analyse n° 277), montre :

1°) la présence à jeûn d'un résiduaire de 12 cc., sans particules alimentaires. — Gunzbourg : ++. — Acidité totale : 0,080 % ;

2°) après 60' : un volume de 35 cc. — Tournesol : acide. Réaction de Gunzbourg : +. — Acidité totale : 0,186 %.

Analyse du sang n° 10 :

Azotermie : 0,33 0/00.

21^{me} OBSERVATION résumée : Observation n° 2.354 du recueil de la Clinique.

Mme M... E..., couturière à Fives-Lille, se présente le 9 janvier 1923, à la consultation des voies digestives.

Diagnostic : Dyspepsie chez une ptosique (a refusé le chimisme).

Mariée : 2 enfants bien portants; 1 perte intercalaire.

Taille 1 m. 56. Poids d'entrée 51 kilos.

Vient pour tiraillement et douleurs dans la région épigastrique, depuis deux ans; éructations après les repas; pas de pyrosis; nervosisme.

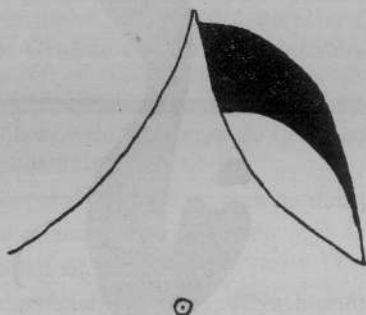


FIG. 50. — M... E... : Réduction d'un décalque de percussion. Abaissement de l'aire de Traube.

L'examen clinique montre :

Un abdomen flasque; épreuve de Glénard positive.

Foie et rein droit légèrement ptosés.

Pression artérielle : 17/11. Pouls à 96.

Réflexes oculaires normaux; réflexes tendineux exagérés.

Estomac : grande courbure à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Espace de Traube diminué; abaissement de la limite supérieure du tympanisme gastrique : 4 cm 8 sur la ligne parasternale; 3 cm sur la ligne mamelonnaire. (v. décalque de percussion n° 50).

22^{me} OBSERVATION résumée : Observation n° 2.264 du recueil de la Clinique.

Mme Vve L... J..., ménagère à Lille, se présente à la consultation des voies digestives pour troubles dyspeptiques remontant à 12 ans.

Diagnostic : Ptose généralisée; constipation terminale.

Taille : 1 m. 51. Poids 40 kilos au lieu de 56 poids habituel.

3 enfants bien portants.

Urines normales.

Se plaint de pesanteur et de douleur à l'épigastre et dans l'hypocondre gauche, un quart d'heure après les repas, s'atténuant peu à peu pendant la digestion.

Anorexie; céphalée; pas de vomissements. Constipation habituelle (selle tous les 4 jours). Bourdonnements d'oreilles; crampes dans les jambes; refroidissements des extrémités.

Examen clinique :

Langue normale; dentition très mauvaise.

Abdomen à tonicité très diminuée.

Estomac : *Espace de Traube* très diminué; abaissement

de 5 cm. sur la ligne parasternale gauche ; de 3 cm sur la ligne mamelonnaire (v. décalque de percussion n° 51).

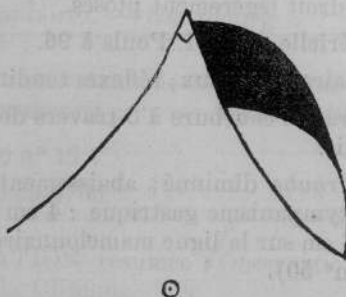


FIG. 51. — L... J... (Ptose). — Réduction d'un décalque de percussion. Diminution de l'espace de Traube.

Le 7-12-22 : un examen radioscopique montre une ptose gastrique très accentuée (v. calque n° 52).



FIG. 52. — L... J... : Réduction d'un calque orthodiagraphique. Ptose gastrique marquée.

Limite inférieure de l'estomac à 3 travers de doigt sous l'ombilic (position couchée).

Foie : limite inférieure descendue à 3 travers de doigt sur le rebord costal; sur la ligne mamelonnaire (matité totale 12 cm.).

Rate non perceptible.

Côlon descendant plein de scyballes.

Rein gauche très ptosé.

Poumons et cœur normaux. Pression artérielle : 11/15, Riva humérale. — Réflexes normaux.

Urines : normales.

Le 5-12-22 : Réaction de Meyer dans les selles : négative dans 3 échantillons différents.

Réaction de Bordet-W. : négative (D^r BENOIT).

Analyse du liquide gastrique, n° 1751 :

Volume au bout de 60' : 50 cc. très incomplet. — Réaction de Gunzbourg : +. — Acidité totale : 0,160 %.

23^{me} OBSERVATION résumée : Observation n° 2.344 du recueil de la Clinique.

M. T... J..., 24 ans, chaudronnier à Lille, se présente le 6-1-23, à la consultation des voies digestives.

Diagnostic : Insuffisance rénale; ptose gastrique; hyperperpepsie secondaire.

Taille 1 m. 74. Poids à l'entrée 71 k. 200 au lieu de 75 kilos.

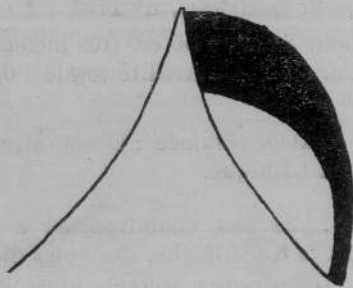
Sujet aux bronchites. Opéré d'appendicite il y a 5 mois. Troubles dyspeptiques depuis 3 mois; pesanteur une heure après les repas et durant jusqu'au repas suivant; céphalée frontale; éructations fréquentes; pyrosis marqué après les repas.

Constipation; Tempérament émotif; petits signes de Brightisme. Albuminurie légère à l'entrée.

L'examen clinique montre :

Un abdomen de forme normale avec un peu de défense de la paroi.

Un foie normal (matité 13 cm.).
Une rate non percutable. — Intestin normal.
Points douloureux diffus dans la région épigastrique.
Aux poumons : quelques sibilants disséminés.
Au cœur : un léger souffle systolique à la pointe, sans propagation. — Pression artérielle : 4/11, Riva.
Pouls à 68.
Estomac : grande courbure à 3 travers de doigt sous l'ombilic (phonendoscopie, décubitus dorsal).
Espace de Traube diminué : abaissement de la limite supérieure du tympanisme stomacal atteignant : 5 cm. sur la ligne parasternale; 4 cm sur la ligne mamelonnaire. (v. décalque n° 53).



⊙

FIG. 53. — T... J... : Réduction d'un décalque de percussion.
Abaissement de l'espace de Traube.

Le 12-1-23 : un examen radioscopique montre une ptose gastrique accentuée (v. calque n° 54).

Le 9-1-23 : *Analyse d'urine*, n° 264.

Volume en 24 heures : 1 lit. $\frac{1}{2}$. — Densité : 1016. — Chlorures : 4 gr. 50 par 24 h. — Urée : 18 gr. — Sucre et albumine : néant.

Le 11-1-23 : *Analyse du sang*, n° 219 :

Azotémie : 0,41 0/00.

Le 15-1-23 : L'exploration de l'estomac à la sonde (analyse n° 1817) montre :

1°) absence de résiduaire à jeûn ;

2°) extraction après 60', après repas d'Ewald : un volume de 275 cc. incomplet. — Réaction de Gunzbourg : + très léger. — Acidité totale : 0,189 %. — Chlorhydrie : 0,233 %.

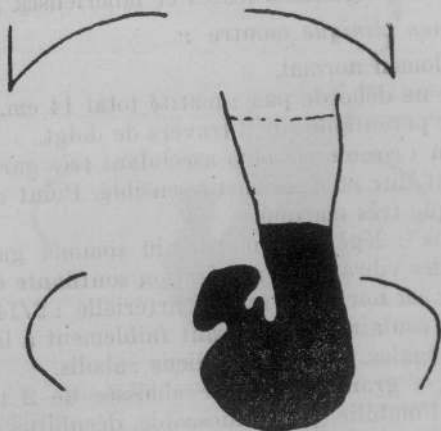


FIG. 54. — T... J... : Réduction d'un calque orthodiagraphique. Gastropiose.

24^m OBSERVATION résumée : Observation n° 1.404 du recueil de la Clinique.

M. D... H..., 40 ans, tisserand à Leers, est envoyé par son médecin à la consultation des voies digestives, le 11 janvier 1922.

Diagnostic : Syphilis gastrique avec ptose.

Taille 1 m. 69. Poids d'entrée 56 kilos au lieu de 70 k. poids habituel.

Veuf; femme morte à 35 ans des suites de couches ; 2 enfants bien portants.

Typhoïde en 1905. Dysenterie probable en Champagne en 1914.

Début des troubles actuels en 1918, par vomissements alimentaires, avec quelquefois des aliments de la veille, et melaena probable à cette époque.

Amélioration passagère, puis, en 1919, nouveaux vomissements débutant le matin après le petit déjeuner : glaireux vert jaunâtre acides, puis alimentaires (résidus de 24 heures) ; sensation d'arrachement épigastrique ; intolérance gastrique durant plusieurs jours ; dans l'intervalle de ces crises, digestions lentes et laborieuses.

L'examen clinique montre :

Un abdomen normal.

Le foie ne déborde pas : matité total 14 cm.

La rate percevable sur 2 travers de doigt.

Intestin : cœcum et côlon ascendant très gargouillants ; descendant dur et légèrement sensible. Point douloureux épigastrique très marqué.

Poumons : légère submatité du sommet gauche avec abolition des vibrations ; respiration soufflante et rude.

Le cœur est normal. Pression artérielle : 9/14, Riva.

Réflexes oculaires : réagissant faiblement à la lumière ; pupilles inégales. Réflexes rotuliens : abolis.

Estomac : grande courbure abaissée de 2 travers de doigt sous l'ombilic (phonendoscopie, décubitus dorsal).

Espace de Traube diminué ; la limite supérieure du tympanisme gastrique est abaissée de : 5 cm. sur la ligne parasternale ; 4 cm. sur la ligne mamelonnaire (v. décalque n° 55).

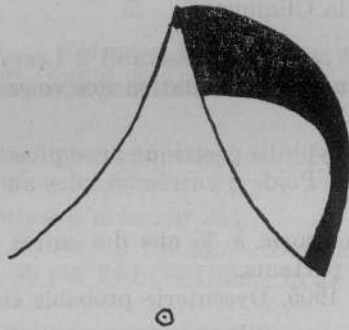


FIG. 55. — D... H... : Réduction d'un décalque de percussion. Abaissement de l'espace de Traube.

Le 19-1-22 : un examen radioscopique montre une ptose gastrique accentuée (v. calque n° 56).

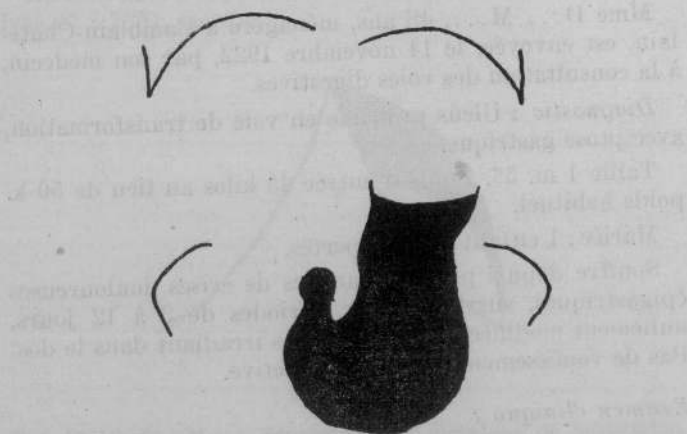


FIG. 56. — D... H... : Réduction d'un calque orthodiagraphique. Gastropiose.

Le 13-1-22 : Réaction de Bordet-W. : + (D^r BENOIT), n° 22.125.

Le 20-1-22 : L'analyse du suc gastrique (n° 1031), montre :

1°) la présence à jeûn d'un résiduaire de 30 cc, ne renfermant pas de particules alimentaires visibles. — Gunzbourg : négatif. — Acidité : 0,036 % ;

2°) extraction au bout de 60', après repas d'Ewald : volume de 120 cc. — Réaction de Gunzbourg : ++. — Acidité : 0,226 %. — Chlorhydrie : 0,254 %. — Absence d'éléments anormaux ;

3°) extraction au bout de 120', d'un volume de 210 cc. — Réaction de Gunzbourg : + faible. — Acidité : 0,116 %. — Chlorhydrie : 0,152 %.

Le 24-1-22 : réaction de Meyer dans les selles : négative dans 3 échantillons différents.

Le 28-1-22 : Analyse de matières fécales, n° 332 (méthode de Carles et Barthélémy) : rien à signaler.

25^{me} OBSERVATION résumée : Observation n° 2.221 du recueil de la Clinique.

Mme D... M..., 48 ans, ménagère à Camblain-Châtelain, est envoyée, le 14 novembre 1922, par son médecin, à la consultation des voies digestives.

Diagnostic : Ulcus probable en voie de transformation, avec ptose gastrique.

Taille 1 m. 56. Poids d'entrée 45 kilos au lieu de 50 k. poids habituel.

Mariée; 1 enfant; pas de pertes.

Souffre depuis plusieurs années de crises douloureuses épigastriques, survenant par périodes de 3 à 12 jours, nullement modifiées par les repas, s'irradiant dans le dos. Pas de vomissements. Anorexie élective.

Examen clinique :

Abdomen de forme flasque, de tonicité diminuée.

Foie abaissé de 2 travers de doigt $\frac{1}{2}$ sous les fausses côtes. — Rate perceptible sur 3 travers de doigt.

Intestin : points douloureux para-ombilical droits, avec gargouillement cœcal.

Poumons : sommet droit : inspiration brève, expiration soufflante et prolongée ; bronchophonie, pectoriloquie aphone, transsonance claviculaire.

Cœur : normal. Pression artérielle : 8/11, Riva.

Réflexes : oculaires normaux; tendineux exagérés.

Estomac : grande courbure à 3 travers de doigt sous l'ombilic.

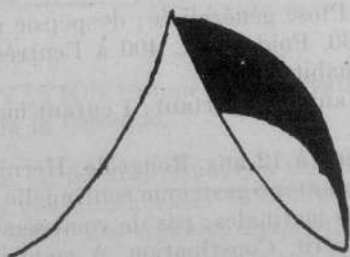
Espace de Traube très abaissé : 5 cm. sur la ligne parasternale; 4 cm. sur la ligne mamelonnaire (v. décalque n° 57).

Le 16-11-22 : la Radioscopie gastrique montre une ptose marquée (v. calque n° 58).

Le 16-11-22 : Radio des poumons : montre un léger voile du sommet droit s'éclairant à la toux.

Le 27-11-22 : Réaction de Meyer dans les selles : négative sur 3 échantillons différents.

Le 6-12-22 : l'exploration de l'estomac à la sonde (analyse n° 1.735), montre :



⊙

FIG. 57. — D... M... : Réduction d'un décalque de percussion. Abaissement de l'espace de Traube.

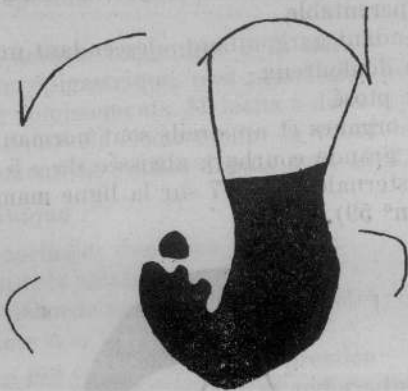


FIG. 58. — D... M... : Réduction d'un calque orthodiagraphique. Gastropse.

- 1°) absence de résiduaire à jeûn ;
- 2°) après repas d'Ewald et après 60' : extraction d'un volume de 30 cc très incomplète. — Gunzbourg : très légèrement +. — Acidité : 0,083 %. — Chlore total : 0,182 %. — Acide lactique : +.

26^{me} OBSERVATION résumée : Observation n° 1.412 du recueil de la Clinique.

Mlle B... M..., 30 ans, journalière à Croix, se présente à la consultation des voies digestives, le 14 janvier 1922.

Diagnostic : Ptose généralisée; dyspepsie secondaire.

Taille 1 m. 60. Poids 51 k. 400 à l'entrée, au lieu de 59 kilos, poids habituel.

Mariée; 1 enfant bien portant; 1 enfant mort à 3 jours, prématurément.

Fièvre typhoïde à 12 ans. Rougeôle. Hernie double.

Vient pour pesanteur gastrique continue depuis deux mois; éructations matinales; pas de vomissements; pas de pyrosis. Bon appétit. Constipation. A maigri de 10 kilos depuis un an.

Epreuve de Glénard positive.

Examen clinique :

Tonicité abdominale très diminuée

Foie abaissé de 4 travers de doigt sous le rebord costal.

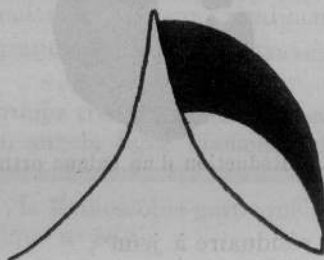
Rate non perceptible.

Côlon ascendant gargouillant; descendant un peu spasmodique non douloureux.

Rein droit ptosé.

Les autres organes et appareils sont normaux.

Estomac : grande courbure abaissée de : 5 cm. 5 sur la ligne parasternale; 4 cm. 7 sur la ligne mamelonnaire. (v. décalque n° 59).



⊙

FIG. 59. — B... M... : Réduction d'un décalque de percussion. Abaissement de l'espace de Traube.

Le 20-4-22 : l'exploration de l'estomac à la sonde (analyse n° 1233), montre :

- 1°) absence de résiduaire à jeûn ;
- 2°) extraction au bout de 60', après repas d'épreuve d'Ewald, d'un volume de 35 cc, très incomplet. — Gunzbourg : +. — Acidité totale 0,146. — Chlore total : 0,328.

27^{me} OBSERVATION résumée : Observation n° 2.307 du recueil de la Clinique.

M. D... E..., 53 ans, mineur, à Condé-sur-Escaut, se présente à la consultation des voies digestives, le 12 décembre 1922, pour des troubles dyspeptiques.

Diagnostic : Sténose du pylore par ulcus probable ; ptose gastrique.

Taille 1 m. 69. Poids à l'entrée 51 kilos au lieu de 60 k. poids habituel.

Antécédents personnels : pleurésie séro-fibrineuse à 43 ans. Pas de spécificité connue ; pas d'éthylisme, pas de dysenterie.

Troubles actuels remontant à 15 ans.

Pesanteur épigastrique post-prandiale, avec paroxysmes ; pas de vomissements. Melaena à deux reprises depuis août 1922. Anorexie élective pour la viande et la graisse. Amaigrissement de 9 kilos depuis août 1922.

Examen clinique :

Langue normale ; dentition mauvaise.

Abdomen très amaigri.

Foie : ne déborde pas sur les fausses côtes ; matité totale : 7 cm. — Rate non perceptible.

Intestin : pas de sensibilité à la pression.

Zone para-ombilicale gauche et pyloro-duodénale douloureuse.

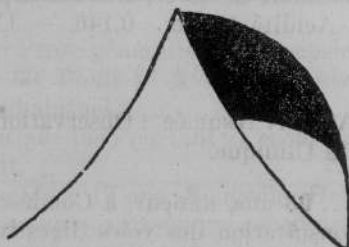
Poumons : respiration un peu rude.

Cœur : rien à signaler. Pression artérielle : 8/12,5 Riva.

Réflexes : normaux.

Estomac : la percussion de l'espace de Traube montre

un abaissement marqué du tympanisme atteignant : 6 cm. sur la ligne parasternale ; 4 cm. sur la ligne mamelonnaire. (v. décalque de percussion n° 60).



⊙

FIG. 60. — D... E... : Réduction d'un décalque de percussion. Abaissement de l'espace de Traube.

La limite inférieure de l'estomac est trouvée par la percussion et la phonendoscopie, au voisinage du pubis.

Une radioscopie, faite le 14-12-22, montre en effet une ptose très accusée, en même temps qu'une sténose pylorique très marquée (v. calque n° 61).



FIG. 61. — D... E... : Réduction d'un calque orthodiagraphique. Ptose gastrique.

L'exuloration de l'estomac à la sonde (analyse n° 1758), montre :

1°) la présence à jeûn d'un résiduaire de 10 à 30 cc. sans grande particularité physique ni chimique, probablement du fait que la sonde n'a pu atteindre le bas-fond gastrique ;

2°) au bout de 60' : un volume de 190 cc incomplet. — Acide au tournesol. — Réaction de Gunzbourg : + très légèrement. — Acidité totale : 0,175 %. — Chlorométrie : 0,328 %. — Acide lactique : + + +. — Pigments biliaires : traces. — Hémoglobine : néant.

Le 18-12-22 : Réaction de Meyer dans les selles :

1re selle : positive. — 2me selle : légèrement +. — 3me selle : légèrement +.

Le 20-12-22 : Analyse de l'urine, n° 249 :

Volume en 24 heures : 1 lit. 400. — Réaction au tournesol : légèrement acide. — Densité à 15° : 1.010. — Acidité totale : 0 gr. 43 par 24 h. — Chlorures : 2 gr. 8 par 24 h. — Urée : 11 gr. 20 par 24 h. — Aucun élément anormal.

Le 21-12-22 : Réaction de Bordet-W. : négative (D^r BENOIT).

Le 22-12-22 : Analyse de matières fécales, n° 595 (méthode de Carles et Barthélémy) : rares œufs de trichocéphales.

Le 27-12-22 : *Analyse du sang*, n° 216 :

Azotémie : 0 gr. 40 0/00.

28^{me} OBSERVATION résumée : Observation n° 2.428 du recueil de la Clinique.

Mme Vve L... J..., 67 ans, ménagère à Lille, se présente le 6 février 1923, à la consultation des voies digestives.

Diagnostic : Hépto-gastroptose suspecte de néo.

Veuve ; 4 enfants bien portants ; 3 pertes intercalaires.

Taille 1 m. 43. Poids à l'entrée 37 k. 200.

Pneumonie double à 24 ans.

Vient pour troubles dyspeptiques ayant débuté il y a 3 mois ½. — Douleur épigastrique apparaissant une heure après le repas ; s'irradiant dans l'hypocondre gauche et le dos, non calmée par l'ingestion des aliments. Pas de vomissements mais nausées. Anorexie non élective ; selles normales ; **Anémie**.

Examen clinique :

Abdomen à tonicité très diminuée.

Foie abaissé de 4 travers de doigt sur le rebord costal.

Rate non perceptible. — Rein droit ptosé.

Poumon et cœur : rien de particulier. Pression artérielle : 8/14. — Ganglion sur claviculaire gauche.

Estomac : grand dilaté, à 3 ou 4 travers de doigt sous l'ombilic.

Espace de Traube complètement disparu (v. décalque n° 62).

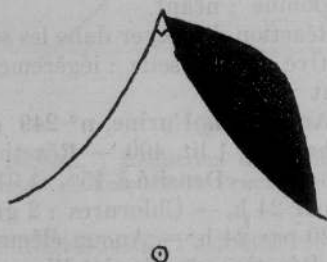


FIG. 62. — L... J... : Réduction d'un décalque de percussion.
Disparition de l'espace de Traube.

Le 8-2-23 : la Radioscopie gastrique montre un estomac très ptosé (v. calque n° 63).

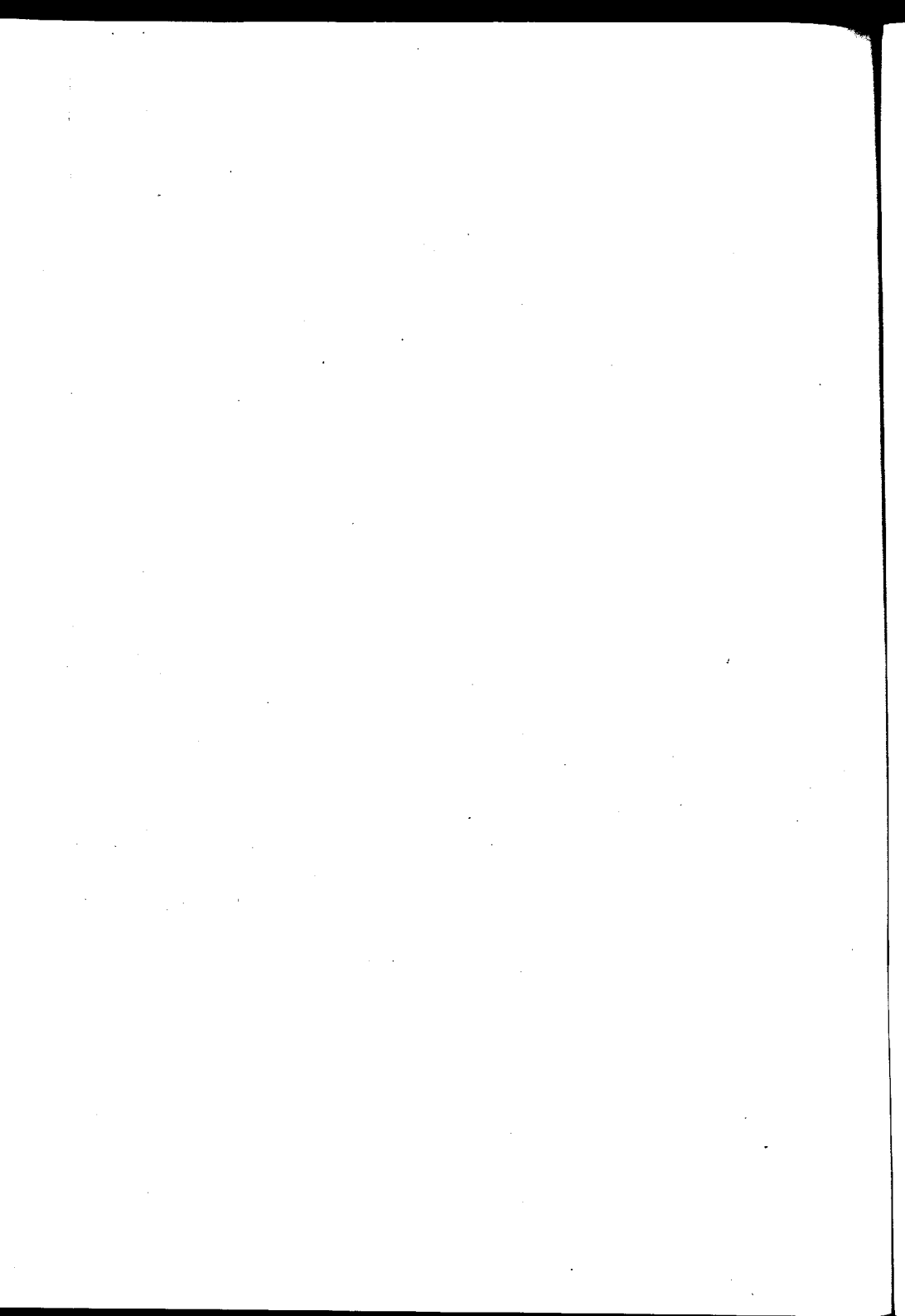


FIG. 63. — L... J... : id.

CONCLUSIONS

La percussion systématique de l'espace de TRAUBE est intéressante pour le praticien à plusieurs points de vue : elle permet de situer de façon précise la limite supérieure de l'estomac par les procédés d'exploration clinique les plus simples et chez les malades alités.

Elle renseigne sur l'existence et le degré de l'aérogastrie et de la ptose gastrique; elle donne des renseignements exacts sur les hypertrophies du foie et de la rate et enfin, pratiquée en position de TRENBELDENBORG sur les petites ascites si souvent difficiles à diagnostiquer.



BIBLIOGRAPHIE

MM. SURMONT et MERLIN. — Communication faite à la *Société de Médecine du Nord* (Séance du 23 février 1923) : « Les variations de l'Espace de Traube dans les maladies de la rate et de l'estomac ».

HÉBERT. — Contribution à l'étude de la séméiologie de l'espace semi-lunaire de Traube, Paris 1909.

GRANCHER et LASÈGUE. — Technique de la palpation et de la percussion, 1882. — Exploration de l'estomac.

Liste des auteurs ne parlant pas des variations de l'espace semi-lunaire de Traube dans la pathologie abdominale.

TRAUBE. — Gesammelte Beiträge, 1871, t. II, p. 852.

S. JACCOND. — Leçons de clinique médicale faites à l'Hôpital de la Pitié, 1885, 13^e leçon : « Séméiologie de l'espace semi-lunaire ».

CUILLIÉ. — Thèse de Bordeaux 1888 : « Des variations pathologiques de l'espace de Traube dans les péricardites avec épanchement ».

RONDOT. — L'espace semi-lunaire : *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 1887, n° 1 et 3.

ARTIGALAS. — Séméiologie de l'aire de Traube, Paris 1889.

A PITRES. — Bordeaux 1900 : 5^e leçon : « Les signes physiques des épanchements pleuraux : L'effacement de l'espace semi-lunaire ».

BOUVERET, L. — Traité des Maladies de l'estomac, Paris, Bailière, 1893 ; chapitre : Percussion ; Ptose.

EICHLORST. — Traité de diagnostic médical ; traduit par A. B. Marfau et F. Weiss, Paris, Stenheil, 1890, p. 547 et suivantes.

G.-M. DEBOVE et Ch. ACHARD. — Manuel de Diagnostic médical, 1899 : « Exploration de l'estomac ».

Georges HAYEM et G. LION. — Maladies de l'estomac. Nouveau traité de médecine, 1913 : « Percussion de l'estomac ».

GEBOVE, ACHARD et CASTAIGNE. — Manuel des maladies du tube digestif, 1907, t. I : « Percussion de l'estomac ».

Dr Charles MALIBRAN. — Paris 1887 : « Ectassies gastriques ». La percussion de l'estomac.

ENRIQUEZ, BERGÉ, LAFFITE. — Traité de médecine, 1909.

LOEPER, PAISSEAU, JOSUÉ, PAILLARD. — Traité de pathologie interne. Gilbert et Fournier 1914. « Appareil respiratoire et circulatoire », p. 16-262.

GUTTEMANN. — Traité du diagnostic des maladies des organes thoracique et abdominaux ; traduit en français par Hahn, Paris 1877, page 162.

TESTUT et JACOB. — Anatomie topographique.

G. GÉRARD. — Manuel d'anatomie humaine.

COLANERI. — Ptose et duodénum ; Synthèse clinique et radiologique. Thèse Paris 1918-1919.

EYNARD FRANÇOIS. — Gastroptose. Thèse Lyon 1899.

ROUGEUX. — La dislocation verticale de l'estomac. Thèse Paris 1910.

E. AGASSE-LAFFONT. — « L'auscultation des poumons et du cœur au moyen du stéthoscope flexible ». *Le Bulletin médical*, 15 avril 1922.

DIEULAFOY. — Manuel de Pathologie interne, 1897, t. I : Pleurésies séro-fibrineuses, page 400.

G. CHAVANNAZ, de Bordeaux. — Académie de médecine : Diagnostic de l'ascite par la percussion en position de Trendelenbourg.

MOLLIÈRE. — De l'utilisation du phonendoscope dans le diagnostic des affections abdominales. *Le Nouveau Journal de Médecine*, 20 mars 1921 ; 20 janvier 1922.

A. LUTIER. — Examen physique d'un dyspeptique. *La Clinique*, janvier 1923.

A. CHAILLON et Léon MAC-AULIFFE. — Précis d'explications externe du tube digestif, 1903. A. Maloine, éditeur, Paris.



Bon à imprimer :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
H. SURMONT.

VU : *Le Doyen,*
CHARMEIL.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
G. LYON.

