

s'étant formé dans la cavité pleurale lentement et en petite quantité, sans développement simultané de symptômes fonctionnels graves, le pneumo-thorax donnerait lieu à une résonance tympanique peu marquée, qui pourrait faire croire qu'il s'agit seulement de la sonorité exagérée de l'emphysème pulmonaire.

B. — La *diminution de la sonorité* de la poitrine peut également présenter diverses nuances : on distingue habituellement deux variétés, savoir le son *obscur* et le son *mat*.

a. — Le son est dit *obscur* quand il y a encore une certaine résonance ; et, dans ce cas, la résistance au doigt est généralement peu marquée. Cet obscurcissement du son peut aussi se rencontrer indépendamment de tout état morbide, et être l'effet d'un développement un peu considérable des muscles, ou de l'épaisseur de la couche graisseuse. On reconnaît que ce phénomène n'est point pathologique, à ce caractère qu'il existe des deux côtés, égal dans les points correspondants, et qu'il présente, dans les diverses régions, les degrés d'intensité relative que nous avons indiqués.

L'obscurcissement du son est fréquemment observé dans des conditions morbides, soit des parois thoraciques, soit de la plèvre, soit des poumons.

Le seul fait de la *tension* des parois de la poitrine, quelle qu'en soit la cause, suffit pour donner lieu à un son plus ou moins obscur. Il en est de même de l'*infiltration œdémateuse des parois du thorax*; mais cette lésion se révèle mieux par la facile dépression de la peau. — Un *abcès développé dans les parois* pourrait aussi donner lieu à un son obscur, borné à une

tuméfaction circonscrite. — Chez quelques malades atteints de *pleurodynie* intense, il nous a semblé que le son pulmonal était diminué, et cette diminution nous a paru tenir surtout à l'ampliation incomplète du côté malade.

Beaucoup plus fréquemment l'obscurité du son appartient à des lésions plus profondément situées. Elle existe souvent dans la *pleurésie*, et se rencontre, soit au début de cette phlegmasie, quand il s'est fait dans la plèvre un épanchement de liquide encore peu considérable et surtout lorsque des adhérences partielles des deux plèvres permettent au liquide de remonter entre elles sous forme d'une légère couche, soit plus tard, quand les feuilletés pleuraux sont tapissés par d'épaisses fausses membranes infiltrées de sérosité ; soit plus tard encore, lorsque le poumon, longtemps comprimé et enveloppé de pseudo-membranes, ne peut plus revenir à son volume primitif, et que les parois de la poitrine s'affaissent. — Parfois aussi la diminution de sonorité dépend d'un *hydrothorax léger*. — Dans tous ces cas, elle a le plus ordinairement son siège à la base de la poitrine. Dans l'*hydrothorax simple*, elle se déplace quand on fait changer la position du malade ; ce déplacement est au contraire difficile ou impossible dans les autres affections de la plèvre que nous venons de mentionner.

L'obscurité du son se retrouve enfin toutes les fois que le parenchyme pulmonaire a perdu de sa légèreté et est devenu plus dense : dans la *pneumonie commençante*, dans l'*engouement hypostatique*, dans la *phthisie*, et dans l'infiltration séreuse ou sanguine du tissu pulmonaire (*apoplexie* ou *œdème*), ou bien encore consécutivement à la *dilatation des*

bronches, ou au développement de diverses productions morbides, telles que le *cancer* et la *mélanose*.

Dans tous ces cas, la matité est fixe et elle ne présente point de caractère particulier qui puisse servir au diagnostic différentiel. Néanmoins, dans la congestion pulmonaire hypostatique, c'est uniquement en arrière et en bas que le son est diminué; il en est de même assez habituellement dans la pneumonie. Dans la phthisie, au contraire, c'est surtout au sommet que l'on constate l'obscurité du son, soit en arrière, soit sous les clavicules. Dans les autres affections, le siège du son obscur n'a rien de spécial, et il faut nécessairement recourir à d'autres méthodes pour établir le diagnostic.

b. — Le son est appelé *mat* quand il ressemble à celui que l'on obtient en percutant la cuisse (*tanquam percussi femoris*). Il peut avoir un siège et une étendue variables, occuper quelquefois tout un côté de la poitrine, ou, au contraire, être circonscrit à un point limité. Il est, en général, accompagné d'une résistance au doigt plus ou moins notable.

La matité dépend, soit d'une induration considérable du poumon, telle que celle qui est produite par des tubercules très-nombreux ou par une pneumonie à la période d'hépatisation, soit du refoulement de son tissu par l'interposition d'un épanchement abondant de sérosité, de sang ou de pus; plus rarement elle est due à des tumeurs développées dans les parois du thorax, dans la plèvre, ou situées plus profondément, et en contact avec les côtes.

Pour les *tumeurs des parois*, le son mat apprend seulement qu'elles sont solides ou liquides; mais le palper et les autres méthodes d'examen sont indis-

pensables pour déterminer quelle en est la nature. Quant aux *tumeurs* placées plus profondément, elles donnent lieu d'ordinaire à une matité circonscrite dont le siège n'a d'ailleurs rien de fixe. Cette matité annonce que dans le point sous-jacent existe un corps dense et compacte; mais elle ne peut à elle seule faire connaître précisément s'il s'agit d'un anévrysme ou d'une tumeur cancéreuse, et le secours des autres moyens d'exploration devient alors nécessaire.

Est-il possible de distinguer si le son mat doit être attribué à un épanchement considérable ou bien à une induration du parenchyme pulmonaire? — En général, dans l'*épanchement pleural*, la matité est plus complète; elle a d'ordinaire son maximum à la base de la poitrine, et diminue peu à peu, à mesure qu'en percutant on remonte vers le haut du thorax. Elle s'arrête à une distance variable du sommet, à un niveau plus élevé en arrière qu'en avant, ou bien, si elle va jusqu'à la clavicule, cette étendue même, rapprochée de son intensité, devient un indice d'épanchement. Un autre signe de ces collections considérables de liquide, c'est le refoulement du cœur, qui est repoussé jusque derrière le sternum, et même jusque sous les fausses côtes droites, si l'épanchement a lieu dans la plèvre gauche. Ce n'est pas tout; dans le cas d'épanchement partiel, il est quelquefois possible, en faisant varier la position du malade, de donner lieu au déplacement de la matité. Cette mobilité du phénomène sera d'ailleurs beaucoup moins sensible dans la *pleurésie* que dans le simple *hydrothorax*, affection dans laquelle aucune fausse membrane, aucune adhérence, n'empêche le liquide d'obéir aux lois de la pesanteur.

S'agit-il, au contraire, d'une *induration du poumon*, la matité sera fixe et invariable, quelle que soit l'attitude du malade. En général aussi, elle est moins intense, et elle siège rarement dans tout un côté de la poitrine : elle est plus souvent bornée à une étendue variable du thorax, plus prononcée dans un point, et diminuant, à partir de ce centre, de manière à se confondre par degrés sur ses limites avec la résonnance naturelle.

Si la matité est due à une *hépatisation pulmonaire*, elle aura lieu d'un côté surtout, le long du bord postérieur et inférieur, plus rarement au sommet, et presque jamais seulement en avant.

Dans le cas de *tubercules*, au contraire, c'est au sommet qu'elle aura son siège, soit en arrière, soit en avant, souvent des deux côtés à la fois; et elle s'étendra, en diminuant d'intensité, jusque vers la partie moyenne et presque jamais jusqu'à la base, à moins qu'il n'y ait complication de pleurésie chronique.

Toutefois, pour porter un diagnostic avec quelque certitude, il ne faudrait pas s'en tenir aux seules données de la percussion; on devrait en rapprocher avec soin les résultats fournis par les autres méthodes d'examen, et ne se prononcer qu'après les avoir comparés aux signes fonctionnels et aux indications tirées de la marche de la maladie.

C. — Outre les modifications du son pulmonal en plus ou en moins, que nous venons d'examiner, il est une autre nuance de sonorité dont nous devons faire mention.

Nous avons vu plus haut que l'on rencontre assez fréquemment au sommet de la poitrine, antérieure-

ment, un son clair et creux, circonscrit à un espace peu considérable, et dépendant de la présence d'une *caverne* superficielle et qui ne contient que de l'air. Rarement ce son clair est analogue au son véritablement tympanique du pneumo-thorax; il ne s'en rapprocherait que si les excavations étaient très-spacieuses. Beaucoup plus souvent il prend un timbre métallique particulier, dans les cas où la caverne contient à la fois de l'air et des matières liquides (*bruit hydroaérique*). Ce bruit peut encore être observé dans le pneumo-hydro-thorax, au point de contact entre le gaz et le liquide, et même exceptionnellement dans la pleurésie ou l'hydrothorax, soit au-dessus du niveau de l'épanchement, soit, d'après M. Piorry, au voisinage d'un organe dilaté par des gaz, tel que l'estomac ou l'intestin. — Parfois enfin, on détermine, par la percussion de la région sous-claviculaire, un son clair accompagné d'un petit claquement particulier, d'où résulte un bruit semblable à celui que rendrait sous le choc du doigt un vase fêlé, et qui a pris de là le nom de *bruit de pot fêlé*.

Pour manifester ce dernier phénomène d'une manière distincte, il faut, en général, ne frapper qu'un seul coup, en recommandant au malade de tenir la bouche ouverte. — Il annonce, dans l'immense majorité des cas, une *caverne pulmonaire* le plus souvent tuberculeuse; mais il ne se produit pas constamment, et il faut, pour l'obtenir, que l'excavation ait une certaine étendue, qu'elle soit assez superficiellement située, que ses parois soient minces et souples, et surtout qu'elle contienne de l'air et du liquide.

CHAP. II. — APPAREIL CIRCULATOIRE.

Percussion du cœur et des gros vaisseaux.

§ I. Règles particulières.

La plupart des préceptes que nous avons tracés à propos de la percussion appliquée à l'appareil pulmonaire peuvent être répétés ici. — En général, une percussion modérée suffit pour reconnaître la portion du cœur qui est en contact immédiat avec les parois pectorales; mais pour avoir une idée du volume réel de ce viscère, pour retrouver la partie cachée sous le bord antérieur du poumon, il est nécessaire que la percussion soit plus profonde et pratiquée avec plus de force.

Il faudra toujours aussi percuter dans le sens vertical d'abord, puis dans le sens horizontal; souvent même il est utile de déterminer plus exactement encore les limites de la matité dans tous les sens; et pour avoir des résultats plus précis, pour être à même de juger des changements qui peuvent être survenus d'un jour à l'autre, il est bon de les figurer par des lignes (1).

§ II. Phénomènes physiologiques.

La région précordiale fournit, dans l'état normal, un son obscur dont le degré et l'étendue n'ont rien d'absolument invariable. En effet, le cœur est plus ou moins recouvert par le bord antérieur du poumon

(1) C'est le procédé que M. Piorry a généralisé sous le nom d'organographie.

gauche, et ces différences donnent nécessairement lieu à de grandes variations dans les résultats plessimétriques. Cependant, d'après les évaluations généralement admises, la matité normale de la région précordiale est d'environ deux pouces dans tous les sens. Elle commence supérieurement vers la quatrième côte, et s'étend en bas jusqu'à la sixième; elle a son maximum au centre de cette région, et latéralement elle se confond par degrés avec le son pulmonal. En bas et à gauche elle est remplacée par le son stomacal; en bas et vers le côté droit, elle se confond souvent avec la matité du bord gauche du foie, qui avoisine le cœur ou le touche, de manière qu'il est assez difficile de tracer exactement la limite qui sépare ces deux viscères.

La matité que l'on obtient à la région précordiale par une percussion modérée ne donne point (comme nous l'avons dit) la mesure réelle des dimensions du cœur: elle est en rapport seulement avec l'étendue dans laquelle l'organe touche immédiatement les parois de la poitrine. Il faut une percussion plus forte et plus profonde pour reconnaître les parties cachées par le poumon, et le son obscur s'étend alors latéralement, au delà des limites précitées, dans une étendue qui varie, en raison des différences de volume du cœur, suivant les âges et suivant les individus.

Quant aux *gros vaisseaux* naissant du cœur, leur présence derrière le sternum modifie légèrement la sonorité de la poitrine; et d'après les recherches de M. Piorry (1), elle donnerait lieu à un son obscur,

(1) De l'examen plessimétrique de l'aorte, etc., dans *Archives gén. de Méd.*, décembre 1840.

assez distinct de la résonnance pulmonaire. Cette matité légère existerait sur une largeur de seize à vingt lignes, près de la base du cœur, là où l'aorte et l'artère pulmonaire sont accolées l'une à l'autre, et elle n'aurait plus que dix à douze lignes dans les points où l'aorte remonte seule derrière la paroi sternale.

§ III. Phénomènes pathologiques.

La matité que donne, à l'état naturel, la région précordiale, peut, dans l'état morbide, diminuer d'intensité et d'étendue, et même faire place à un excès de sonorité. La *résonnance exagérée* est presque toujours due à un emphysème du bord interne du poumon qui recouvre la face antérieure du cœur; plus rarement elle coïncide avec une *atrophie* de ce viscère, qui permet aussi aux deux poumons de se rapprocher l'un de l'autre par leur bord interne. Bien plus rarement encore, l'excès de sonorité dépend directement d'une lésion de l'organe central de la circulation, c'est-à-dire d'une accumulation de gaz dans la cavité péricardique : en effet, le *pneumo-péricarde* est une affection tout à fait exceptionnelle. Si le son prenait un *timbre hydroaérique*, il pourrait annoncer l'existence d'une *collection de liquide et de gaz* dans la cavité de la membrane séreuse.

Les modifications de sonorité qui sont sous l'influence des conditions pathologiques de l'appareil circulatoire central consistent beaucoup plus souvent, en un accroissement de l'obscurité naturelle de la région précordiale : celle-ci se change alors en une *matité* à la fois plus prononcée et plus étendue, avec

une augmentation proportionnée de la résistance au doigt. Ces phénomènes dépendent, soit de la présence de *caillots volumineux* dans les cavités du cœur, soit plutôt d'une *hypertrophie excentrique* de cet organe, soit d'un *épanchement liquide dans le péricarde* (hydropéricarde, péricardite), soit encore de la combinaison de plusieurs de ces états morbides.

Quelques caractères particuliers de la matité serviront à établir le diagnostic différentiel entre l'hypertrophie du cœur et l'hydropéricarde. Ainsi, dans cette dernière affection, si l'épanchement est très-abondant, la matité occupera un espace triangulaire dont la base touchera au diaphragme. De plus, le niveau supérieur ou les limites latérales du son mat pourront quelquefois varier suivant l'attitude du malade; et, par exemple, quand il se tiendra sur son séant, le diamètre transversal l'emportera sur le vertical.

Signalons encore ce caractère important, que dans l'hydropéricarde souvent la matité survient et s'étend avec une rapidité qu'on n'observe point dans l'hypertrophie. Disons aussi que l'espace occupé par le son mat est en proportion de l'augmentation de volume du cœur, et peut en donner la mesure approximative; on se rappellera néanmoins que la complication d'un emphysème pulmonaire, si fréquente dans les maladies organiques de l'appareil circulatoire, est un obstacle à l'exactitude de cette mensuration.

D'après Corvisart et d'après M. Piorry et MM. Cammann et Clark (*Voyez plus loin, p. 708*), les données fournies par la percussion permettraient de pousser plus loin encore le diagnostic, de distinguer la dilatation

du cœur avec amincissement, de la dilatation avec hypertrophie des parois, comme de reconnaître les altérations isolées de telle ou telle cavité, etc.

Dans certains cas, une matité plus ou moins prononcée, plus ou moins étendue, se manifeste sur le trajet de l'aorte : considéré isolément, ce signe n'aurait pas une grande valeur, puisque toute espèce de tumeur située derrière la paroi thoracique, dans la direction de ce vaisseau, se traduirait par la même diminution de la sonorité naturelle. Toutefois, une matité anormale dans la région du sternum peut annoncer, avant tout autre symptôme, l'existence d'un *anévrisme de l'aorte ascendante*, et l'examen des autres phénomènes concomitants complétera cette première donnée sémiotique.

SECT. II. — PERCUSSION DE L'ABDOMEN.

§ I. Règles particulières.

Pour la percussion de l'abdomen, qui est pratiquée principalement sur la paroi antérieure, le malade sera placé dans le décubitus dorsal, dans une position symétrique, les bras le long du corps ; les cuisses un peu relevées seront légèrement fléchies, afin qu'il soit facile de déprimer la paroi abdominale, et de se rapprocher ainsi des organes profonds. Ce relâchement modéré est d'autant plus nécessaire, qu'une tension trop grande des muscles a pour effet de les durcir et de rendre plus obscur le son fourni par les viscères sous-jacents.

Pour l'exploration des parties latérales, le malade reposera sur le flanc, du côté opposé à celui qu'on

explore ; et pour l'examen des régions postérieures, il sera couché sur le ventre, ou se tiendra sur son séant, le corps penché en avant. — Souvent on l'inclinera, soit à droite, soit à gauche, pour voir si ces changements d'attitude amènent des déplacements dans la matité : il est rare que l'on soit, dans le même but, obligé de faire mettre le malade à quatre pattes.

Quant au médecin, il se tiendra debout, n'importe de quel côté, et il percutera, dans diverses directions, suivant l'organe à explorer. Si, dans l'examen des différentes régions de l'abdomen, la percussion digitale a l'avantage de s'allier immédiatement à la palpation, le plessimètre a, par compensation, celui de pouvoir être promené avec la plus grande facilité autour des viscères abdominaux, pour en mesurer la circonférence ; et si, pour la percussion de la poitrine, le doigt peut généralement suffire, ici la plaque devra quelquefois être employée de préférence. Elle sera surtout utile si le ventre est très-sensible, parce que la pression du plessimètre, s'exerçant avec uniformité sur une surface plus étendue, sera beaucoup moins douloureuse.

C'est pour l'abdomen surtout que la percussion devra être tantôt très-superficielle, et tantôt profonde ; et la plaque servira utilement à déprimer la paroi abdominale pour étudier le son des parties profondément situées dans le ventre.

§ II. Phénomènes physiologiques.

L'abdomen, dans ses diverses régions, présente, au point de vue de sa sonorité normale, de très-grandes différences, qui sont en rapport avec la struc-

ture et la densité fort différentes des organes contenus dans sa cavité. On peut, pour l'étude, le diviser en trois zones horizontales, qui comprennent, de haut en bas: 1° les régions épigastriques, hypochondriaques droite et gauche; 2° la région ombilicale, et les flancs, qui répondent en arrière aux lombes; 3° les régions hypogastriques, iliaques droite et gauche.

A l'épigastre, le son est un peu mat à la partie supérieure et droite, dans une étendue variable, en raison de la présence du lobe gauche du foie, qui anticipe plus ou moins sur la région épigastrique. Dans le reste de cette région qui est en rapport avec l'estomac, on obtient un son clair (*stomacal*), qui devient *humorique* si le ventricule contient des gaz et des liquides, et plus ou moins obscurs s'il est rempli par des substances alimentaires.

L'hypochondre droit donne un son mat (*jécoral*), qui s'étend de haut en bas, depuis la sixième ou septième côte (à cinq pouces au-dessous de la clavicule, suivant M. Piorry), jusqu'au rebord des fausses côtes, au delà duquel l'on constate la sonorité intestinale. Cette matité, un peu moins marquée en haut, par suite de l'interposition habituelle d'une lame légère de poumon, est à son maximum au milieu; plus bas, le foie diminuant d'épaisseur, on retrouve, au moyen d'une percussion profonde, le son clair des intestins, obscurci par la matité jécorale. Horizontalement, le son mat se prolonge à droite jusqu'en arrière, et à gauche, il s'arrête à un ou deux pouces en dehors de la ligne médiane, où il est remplacé par la résonance stomacale. Ces limites, dans tous les sens, donnent la mesure exacte de la hauteur et de la largeur du foie; il est possible même, par une forte percussion, de

juger approximativement de son épaisseur, et il devient en conséquence assez facile d'en apprécier le volume.

Sur l'hypochondre, gauche, qui correspond à la grosse extrémité de l'estomac, on obtient en avant un son clair, stomacal, plus prononcé qu'à l'épigastre; latéralement et plus en arrière ce son devient mat en raison de la présence de la rate en ce point. La ligne de séparation entre le son clair et le son mat, marque la limite interne de ce viscère, dont la limite inférieure est déterminée par la ligne où la résistance au doigt fait place à une certaine élasticité, et la matité splénique à la sonorité intestinale, à moins toutefois que le rein ne soit contigu avec la rate.

La région ombilicale fournit un son plus ou moins clair, dû à la présence d'une portion de l'arc du colon, dans sa partie supérieure, et à l'intestin grêle dans le reste de son étendue (*son intestinal*).—Latéralement, vers les flancs, le son conserve encore un peu de sa clarté à cause de la portion ascendante ou descendante du colon; mais plus en dehors, et dans toute la région des lombes, il fait place à un son mat au niveau des reins recouverts par une couche musculaire épaisse.

A l'hypogastre, la présence des circonvolutions les plus inférieures de l'intestin grêle donne lieu à un son clair, si la vessie et l'utérus sont dans l'état de vacuité. Dans le cas contraire, on obtient, en bas, une matité invariable, circonscrite par une ligne courbe à convexité supérieure, avec résonance humorique sur la limite si c'est la vessie qui est distendue, et remplacée immédiatement par le son clair, si c'est l'utérus qui est développé par le produit de la conception.—Enfin, dans les régions *iliaques*, on per-

çoit un son clair quand le cœcum ou la portion iliaque du colon sont distendus par des gaz, humorique s'ils contiennent des gaz et des liquides, et mat (*stercoral*) s'ils sont remplis par des fèces.

§ III. Phénomènes pathologiques.

Les sons rendus par les différentes parties de l'abdomen présentent, dans l'état pathologique, des modifications très-nombreuses. Ils peuvent être altérés dans leur intensité et dans leur caractère, être modifiés dans leur siège et leurs limites, c'est-à-dire augmenter ou diminuer d'étendue et subir des déplacements en différents sens. Enfin il se manifeste quelquefois, en divers points de l'abdomen, des sons *anormaux* que l'on n'y trouve pas habituellement, ou même dont il n'existe point de trace dans l'état de santé. — Étudions successivement les altérations de sonorité de chacun des viscères de l'abdomen en particulier, et celles qui peuvent se manifester dans les diverses régions de cette cavité.

Foie et vésicule biliaire. — Le son jécoral peut, sans changer de caractère ni d'étendue, se déplacer comme le foie lui-même; en général, ces déplacements n'ont lieu que dans le sens vertical: la matité peut s'élever plus haut que dans l'état naturel, de manière que ses limites supérieures atteignent la quatrième ou même la troisième côte: c'est ce que l'on observe dans les cas de refoulement du foie de bas en haut, par suite d'un épanchement péritonéal abondant, ou même dans ceux de météorisme très-considérable. Elle peut également être abaissée plus ou moins au-dessous du rebord inférieur des fausses côtes, par des

collections abondantes de liquides ou de gaz dans la plèvre droite.

Dans d'autres circonstances, le son hépatique occupe un espace plus considérable: sa limite supérieure s'élève du côté de la poitrine; l'inférieure s'abaisse simultanément de plusieurs centimètres au-dessous du rebord des côtes, et descend quelquefois jusqu'à la crête et la fosse iliaques; souvent encore la matité s'étend également à gauche, occupe l'épigastre tout entier, et s'avance jusque dans l'hypochondre. On ne saurait méconnaître alors une augmentation de volume du viscère, dont on peut mesurer les dimensions par celle de la matité obtenue, et apprécier la forme par l'accroissement relatif de cette matité dans le sens vertical ou horizontal.

Mais cette augmentation de volume du foie tient à des lésions très-diverses: elle est due, soit à des masses cancéreuses développées dans son épaisseur, à la présence d'un ou de plusieurs kystes hydatiques, soit à un état graisseux, soit enfin à une congestion sanguine récente, ou à une hypertrophie chronique sans autre altération de texture.

Pour établir le diagnostic différentiel, la palpation prêtera souvent à la plessimétrie un utile secours. Dans le cas de *cancer* ou de *kystes hydatiques*, les parties du foie qui sont accessibles au toucher présentent des bosselures plus ou moins saillantes, et son bord inférieur est souvent épaissi, inégal. Au contraire, lorsqu'il s'agit d'une *hypertrophie* simple ou de l'état *graisseux*, le viscère conserve habituellement sa forme: la partie qui dépasse les fausses côtes est lisse, et le bord inférieur reste mince et tranchant. Mais dans l'hypertrophie, le foie est générale-

ment plus lourd et plus dense, tandis que, dans l'état gras, il est d'ordinaire plus léger, et dans le premier cas il donne au doigt qui percute une résistance plus grande que dans le second. Il faut se rappeler d'ailleurs que l'état gras se rencontre à peu près exclusivement dans la phthisie tuberculeuse. Quant à la distinction entre le cancer et les kystes acéphalocystiques, on reconnaîtrait la nature cancéreuse des tumeurs à leur nombre, à leur dépression centrale; on croirait plutôt à des acéphalocystes, s'il n'y avait qu'une seule tumeur plus saillante, plus arrondie, et le diagnostic ne laisserait plus de doute si l'on constatait par la percussion un frémissement particulier dont il sera question plus loin (p. 703).

D'autres fois le son jécoral n'occupe plus qu'un espace rétréci; ses dimensions ont diminué dans tous les sens, et les limites qui le circonscrivent se trouvent rapprochées de toutes parts. A ces caractères on ne peut méconnaître une diminution de volume, telle qu'on l'observe si souvent dans la *cirrhose avancée*, et beaucoup plus rarement dans une *atrophie simple* sans autre altération de texture. Ces données de la percussion sont, dans ces cas, d'autant plus précieuses qu'en raison de l'ascite, complication si fréquente des lésions précitées, le foie, refoulé de bas en haut et entièrement caché sous les fausses côtes, est devenu tout à fait inaccessible au toucher.

La *vésicule biliaire*, qui normalement échappe au palper et à la plessimétrie, pourra être reconnue dans certains cas de distension considérable par une accumulation de bile ou de liquide séreux, ou même de concrétions biliaires multiples. En percutant le long du bord inférieur du foie transversalement, on

constatera parfois, au lieu du son clair des intestins qui succède à la matité jécorale, un son plus obscur; et si cette matité particulière siège au point de l'abdomen qui correspond anatomiquement au réservoir de la bile, si elle se dessine sous forme ovoïde, il est plus que probable qu'elle dépend de la *distension de la vésicule*.

Rate. — Les considérations qui précèdent sont également applicables à la rate.

Ce viscère peut être abaissé au-dessous de sa position normale par un épanchement liquide ou gazeux de la plèvre gauche, ou refoulé de bas en haut par une ascite ou une tympanite considérables. Dans le premier cas, le palper suffit quelquefois pour reconnaître la position et le volume de la rate; mais dans le second, la percussion peut seule fournir des données certaines, et les changements de siège dont nous venons de parler se révèlent par des déplacements analogues dans la matité splénique, tandis qu'à la place habituelle du viscère on trouve une sonorité inaccoutumée.

La matité de la région de la rate est aussi susceptible de variations: ordinairement de trois pouces et demi d'étendue dans le sens vertical, et de trois pouces seulement en largeur (d'après les recherches de M. Piorry), elle peut diminuer ou augmenter d'une manière plus ou moins notable.

La diminution d'étendue provient le plus souvent de la distension de l'estomac ou des intestins par des gaz, et quelquefois alors presque toute la région splénique peut donner un son clair. D'autres fois, cette diminution est due au moindre volume de la rate; et si on la constate sans qu'il y ait ni tension de l'épi-

gastre et de l'abdomen, ni sonorité tympanique exagérée, on peut l'attribuer à une *atrophie* du viscère, telle qu'on la rencontre fréquemment chez les sujets qui succombent, dans un état d'émaciation extrême, à des maladies organiques de longue durée.

Mais l'*augmentation du volume de la rate* est un fait qui a plus d'importance. Quand cet accroissement est un peu considérable, le viscère dépasse ordinairement le rebord inférieur des fausses côtes, et en appréciant par le palper le volume de cette portion de la rate, on a une idée approximative de ses dimensions totales; mais la percussion seule peut donner une notion exacte sur la portion cachée sous les côtes, et concourir ainsi à éclairer sur son volume réel. Ce n'est pas tout : quoique hypertrophié, l'organe peut être refoulé, ainsi que le diaphragme, par la distension gazeuse du ventre, et, dans ce cas, la plessimétrie est indispensable pour en déterminer les dimensions. La mesure de la hauteur est la plus facile, et, en général, dans l'hypertrophie sans lésion dite *organique*, l'accroissement en largeur et en épaisseur correspond à celui qui a lieu dans le sens vertical. Eh bien ! la matité verticale peut s'élever à cinq, six et huit pouces, et indiquer des dimensions analogues dans le volume de la rate. Cet accroissement est commun à la suite des fièvres intermittentes de longue durée; dans quelques cas exceptionnels, il peut être encore plus considérable, puisqu'on a vu le viscère avoir jusqu'à douze et quinze pouces de hauteur, en même temps qu'il pesait huit, dix, quinze livres, et même davantage.

L'augmentation d'étendue de la matité splénique, si fréquemment liée à l'hypertrophie de la rate, peut

aussi se rencontrer avec d'autres altérations, telles que des cancers, des kystes hydatiques, etc. Mais ces dernières sont bien plus rares, et en outre la conformation du viscère a subi alors des changements plus ou moins notables.

Ajoutons, en terminant, qu'il n'est pas toujours aisé de décider si un son mat constaté dans la région splénique est réellement sous la dépendance de la rate; et qu'il peut être difficile de déterminer sa limite supérieure dans les cas d'hépatisation de la base du poumon gauche ou d'épanchement pleurétique du même côté, comme de préciser, dans l'ascite, ses limites inférieures; la percussion pratiquée avec différents degrés de force, et en variant l'attitude du malade, servira d'ordinaire à triompher de ces difficultés.

Estomac. — Le son clair rendu par l'estomac varie, même chez un individu sain, d'étendue et d'intensité, suivant qu'on explore l'organe plus ou moins longtemps après le repas, dans l'état de vacuité ou de plénitude du ventricule. Toutefois, ce son est, en général, modérément tympanique; il occupe la partie gauche de l'épigastre ainsi que l'hypochondre correspondant, et il s'étend peu vers les régions plus inférieures de l'abdomen.

Par suite de diverses conditions pathologiques, le son stomacal peut devenir beaucoup plus intense, prendre un caractère tympanique très-prononcé, et, s'étendant davantage, s'élever dans l'hypochondre jusqu'à la cinquième côte, remplir tout l'épigastre, et descendre au-dessous de l'ombilic. A ces caractères, on reconnaît un *agrandissement de l'estomac* distendu par des gaz, comme on l'observe fréquem-