

se manifestent, sous ce rapport, comme sous beaucoup d'autres, chez les malades qui séjournent quelque temps dans les hôpitaux.

Peut-on observer ces battements épigastriques dans le cas d'**adhérence** du cœur au péricarde? M. le docteur Sander, au rapport de M. Bouillaud, donne le fait comme certain. Voici en effet ce qu'il dit : « On peut reconnaître l'adhérence du péricarde au cœur par l'existence d'un mouvement perpétuel, d'une très-forte ondulation, se montrant plus bas que celle que l'on sent naturellement dans la région du cœur... Pendant la contraction simultanée des ventricules, la pointe s'élève en avant et doit entraîner en haut la partie inférieure du péricarde avec le diaphragme et tout ce qui est adhérent, et en même temps se dessine un enfoncement sous les côtes gauches de la région supérieure du ventre ; dans le moment suivant, les ventricules se dilatent, la pointe du cœur se meut subitement en bas, et, n'étant pas dans un espace libre, communique actuellement au péricarde, adhérent au diaphragme et aux autres parties, le choc qui est sensible à l'extérieur par une petite élévation qui se dessine dans le même endroit où peu auparavant s'était formée la concavité, et qui s'étend pourtant un peu plus bas. »

M. Bouillaud, qui dit n'avoir point encore observé la particularité dont parle M. Sander, nous paraît être aujourd'hui plus disposé à en reconnaître la valeur. Quant à nous, nous l'avons rencontrée dans plusieurs cas où d'autres circonstances nous portaient à admettre les adhérences du cœur, mais nous n'avons pas eu la démonstration anatomique de la coïncidence de ce symptôme avec la lésion indiquée. Dans tous les cas ce ne peut être qu'un phénomène fort douteux et suspect, puisqu'il se présente dans un très-grand nombre de circonstances, et que, d'un autre côté, les symptômes des adhérences du cœur sont encore incomplets. Ce qui pourrait donner quelque importance à ce fait, c'est qu'on l'a signalé dans une autre affection où l'adhérence du cœur au péricarde est un phénomène habituel. En effet, on paraît avoir quelquefois constaté ce battement dans les **anévrismes vrais** du cœur, et surtout dans ceux de la pointe de l'organe ; or, on sait que, dans ces cas, l'adhérence du sac anévrysmal au péricarde a été fréquemment observée.

En résumé, c'est un fait qui par lui-même a peu d'importance, mais dont l'existence est de nature à faire soupçonner quelques-unes des affections assez rares dont nous venons de parler ; si ce phénomène n'est pas pathognomonique, il devra au moins faire rechercher tous les autres symptômes de nature à confirmer les suppositions qu'il peut faire naître.

§ II. — Signes fournis par la palpation.

Quelques-uns des phénomènes constatés par l'inspection peuvent être perçus aussi par la palpation, qui, sous ce rapport, ne fait que compléter les renseignements fournis par la vue.

Par la palpation on perçoit le *choc* ou l'*absence de choc du cœur*, les *perforations des parois du thorax*, le *frottement*, le *frémissement vibratoire* et les *mouvements ou claquements valvulaires*.

VI. — DU CHOC DU CŒUR.

Nous avons décrit, à propos de l'inspection, la plupart des phénomènes normaux et anormaux qui se rapportent au choc. Nous ajoutons ici ce qui est plus particulièrement propre à la palpation.

Chez les individus obèses, chez quelques femmes, on ne sent pas ce choc ; il disparaît dans les péricardites avec fort épanchement ; dans quelques hypertrophies, quand la pointe se cache derrière une côte, quand elle se recourbe en arrière et se porte entre les poumons ; dans les adhérences serrées de la pointe du cœur.

Il augmente d'énergie dans les **palpitations nerveuses** ; mais il n'y a pas déplacement de la pointe.

Il augmente aussi dans l'**hypertrophie**, mais la pointe se déplace, et les côtes s'écartent. Dans quelques cas, il est si violent, qu'il ressemble au coup porté par un marteau ; il fait mal à la main ; il ébranle et soulève la tête de l'observateur qui ausculte ; à un degré plus avancé, il secoue violemment les parois thoraciques et jusqu'à la base du col ; dans ces cas il y a choc non-seulement par la pointe,

mais encore par toute l'étendue du cœur. Pour en apprécier la force, on emploie le sphygmomètre de M. Hérisant, tombé aujourd'hui en désuétude, ou simplement le stéthoscope. En appliquant le pavillon de l'instrument sur la pointe du cœur ou dans tout autre lieu, on voit le stéthoscope soulevé, tandis qu'à l'état normal il n'est pas déplacé ; son extrémité libre est redressée à chaque battement et décrit un arc de cercle plus ou moins étendu, selon la force d'impulsion ; on peut, chez un même malade, et par suite des progrès ou de l'amélioration de sa maladie, observer de grandes différences dans l'amplitude des mouvements ainsi communiqués.

On a dit que l'énergie du choc pouvait être assez considérable pour fracturer les côtes. Saint Philippe de Néri était sujet à des palpitations si violentes, qu'elles avaient détaché deux côtes de leurs cartilages ; ces côtes s'abaissaient et s'élevaient alternativement par les mouvements de la respiration (Césalpin). Ces faits peuvent être exacts, mais il est probable qu'il s'agissait d'anévrysme de l'aorte et non d'hypertrophie du cœur.

En l'absence de tout autre mode d'exploration, la palpation fournit de précieux renseignements pour distinguer les battements d'une hypertrophie du cœur des battements purement nerveux ou palpitations. Dans ce dernier cas, les battements sont quelquefois énergiques, intenses, étendus, mais ils ne donnent jamais qu'un choc médiocre et n'offrent que peu de résistance. Quand il s'agit d'une hypertrophie, on sent un mouvement de totalité ou de masse de l'organe ; il semble que le cœur soit dans la main et que cet organe forme une masse volumineuse, épaisse, résistante et dont on perçoit d'autant mieux la solidité qu'on appuie davantage sur la paroi thoracique ; il semble que l'organe réagisse alors et se débatte sous la pression. Enfin, dans les palpitations nerveuses, on sent que la force des battements résulte de l'énergie de la contraction de l'organe plutôt que de son volume, tandis que, dans l'hypertrophie, c'est le contraire : il n'y a pas d'énergie plus grande que de coutume de la contraction ; seulement elle produit un choc énorme en raison de la masse musculaire qui est en mouvement.

VII. — DE L'ABSENCE DE CHOC DU CŒUR.

Nous avons déjà dit que quelquefois les battements du cœur ne sont pas visibles ; il arrive aussi que la main ne les perçoive pas.

Ce fait se rencontre normalement chez les femmes, les individus obèses ou fortement musclés, mais on le remarque aussi dans l'état pathologique.

Dans la **surcharge graisseuse du cœur** (*cor adipe obrutum*), c'est un phénomène fort commun. On ne rencontre alors aucun autre phénomène saillant d'affection cardiaque.

C'est un signe d'une haute importance dans la **péricardite avec épanchement** ; mais, pour en tirer tout le parti possible, il faut assister au développement, à l'évolution de ce phénomène. Un homme est affecté de rhumatisme, de pleurésie, de pneumonie ; aujourd'hui son cœur est dans un état normal ou à peu près ; le lendemain on sent moins distinctement battre la pointe, puis elle disparaît tout à fait ; il se forme de la voussure, une matité étendue ; on peut soupçonner alors que le péricarde s'est rempli de liquide et que la pointe de l'organe s'est éloignée de la paroi thoracique. Si l'on fait asseoir le malade, on sent les battements reparaître, mais légers, mal frappés ; ils disparaissent de nouveau quand le malade se recouche. On emploie un traitement énergique, les battements reparaissent, embarrassés, faibles d'abord, puis plus forts ; le doute n'est plus permis : il y a eu, il y a encore de l'épanchement dans le péricarde. Ces mêmes accidents se reproduisent souvent à plusieurs reprises dans le cours d'une péricardite, suivant que le liquide est résorbé ou sécrété de nouveau.

Même absence de choc, mais plus persistante, dans les **épanchements chroniques** du péricarde.

Les **adhérences serrées** du péricarde s'opposent à l'impulsion du cœur ; si à ce phénomène se joint la dépression précordiale, l'étouffement des bruits, s'il y a des antécédents de péricardite, de rhumatisme, l'existence de cette espèce de lésion est extrêmement probable.

Enfin l'absence de choc se remarque également dans une affection où au premier abord on ne s'attendrait pas

à la rencontrer ; nous voulons parler de l'**hypertrophie** du cœur. Différentes circonstances amènent ce résultat : l'engouement des cavités, l'étréouesse extrême des orifices, le volume exagéré de l'organe.

Dans la période avancée des affections organiques du cœur, la circulation ne se fait plus d'une manière régulière ; le cœur ne se contracte plus que d'une façon incomplète, et ses mouvements se traduisent seulement par une sorte d'ondulation dans les artères et les veines ; il est évident qu'alors il ne se contracte plus complètement et qu'une partie du fluide sanguin stagne dans ses cavités ; les contractions étant dans ce cas comme avortées, l'impulsion cesse de se produire à la région précordiale, ou tout au plus se traduit par une simple ondulation. Une saignée, en opérant une déplétion du système circulatoire, permet au cœur de se contracter plus efficacement, de lutter contre l'obstacle formé par l'accumulation du sang, et le choc se reproduit. Tous les jours dans les cliniques on voit de ces cas où le cœur semble se dégager, où ses mouvements se rétablissent, son choc se prononce ; on dit alors que la circulation se régularise, que l'engouement cardiaque disparaît. Parmi les symptômes qui signalent cette amélioration se trouve surtout le rétablissement du choc de la pointe du cœur. Le diagnostic se tire alors de l'état de gêne de la circulation, et surtout de ce fait que le repos, les saignées, procurent le retour du choc contre la paroi thoracique.

Quand un orifice, surtout l'orifice auriculo-ventriculaire, est étroit, le cœur se contracte souvent à vide, ses battements sont comme avortés, c'est à peine s'il y a du sang lancé dans les artères ; on conçoit qu'alors le cœur batte à peine contre les côtes. Ici, la cause étant persistante, l'absence du choc sera permanente aussi. Ce fait est d'autant plus remarquable qu'on trouve en même temps une matité considérable et que les bruits sont remplacés par des souffles rudes ; on ne confondra pas ces cas avec les épanchements chroniques du péricarde, car le cœur est immédiatement sous l'oreille quand on ausculte la région précordiale. — Nous avons eu longtemps, dans le service de M. Bouillaud, un homme (salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 8) chez lequel il a toujours été impossible de déterminer le lieu de la pointe du cœur, et même de sentir avec la main

aucun choc, aucun tic tac. Cependant il y avait une matité énorme et l'on entendait un violent souffle râpeux dans le sixième espace intercostal et en dehors du mamelon. Nous avons soigné un concierge de la prison de Saint-Lazare, qui présentait tous les caractères d'un extrême rétrécissement auriculo-ventriculaire gauche et chez lequel nous n'avons jamais pu sentir la pointe du cœur.

Enfin cette même absence d'impulsion se remarque aussi dans les hypertrophies énormes, même sans rétrécissements, surtout chez les sujets dont la poitrine est étroite. Dans ces cas, le cœur est véritablement resserré, mal à l'aise dans le thorax et ne peut exécuter avec liberté aucun mouvement.

Nous avons observé un malade qui nous présentait un exemple de ce fait (service de M. Bouillaud, salle Saint-Jean-de-Dieu n° 18). Cet homme, cocher d'omnibus, est d'une grande taille, mais chétif, maigre et a la poitrine étroite, cylindroïde ; son cœur, mesuré par la matité, est certainement un *cor bovinum* ; cependant il n'y a qu'une faible impulsion ; on sent que l'organe se soulève, se déplace en masse, mais qu'il bat avec difficulté ; il y a bien une impulsion, mais elle est comme avortée ; elle n'est nulle part franche, accusée, détachée comme quand le cœur bat en liberté.

Nous rappelons, en terminant, que la **dilatation** avec **amincissement**, le **ramollissement**, les **déplacements du cœur**, l'**emphysème pulmonaire**, sont aussi des causes d'absence de choc.

VIII. — DE LA PERFORATION DES PAROIS THORACIQUES.

La palpation fait aussi constater l'existence de perforations des parois thoraciques, et de plus celle de tumeurs pulsátiles qui font hernie par ces ouvertures. Ce genre de lésions est à peu près caractéristique des anévrysmes de l'aorte, mais elles peuvent être produites aussi par des cancers.

Les **anévrysmes de l'aorte** usent les côtes, le sternum, la colonne vertébrale, déplacent les cartilages et viennent se placer sous la peau. C'est à des lésions de ce genre qu'il faut rapporter les fractures de côtes attribuées à la violence des battements du cœur. On sent, dans un point, un dé-

faut aux parois thoraciques, une ouverture plus ou moins grande, et dans le centre un point quelquefois mou, fluctuant, réductible même, mais toujours pulsatile, formé par le centre de la tumeur distendue par du liquide. Ces perforations se remarquent particulièrement à la partie moyenne ou supérieure du sternum, au côté droit de cet os, dans les régions claviculaires, sous les aisselles, sur l'un des côtés de la colonne vertébrale; une ou plusieurs côtes sont interrompues; on sent flotter leurs extrémités détruites; les côtes voisines sont plus ou moins écartées.

Tous ces phénomènes sont quelquefois simulés par un **cancer**, et même les battements. Nous en avons rapporté plus haut un exemple remarquable (p. 327). Au bout de quelque temps on reconnut une vraie perforation du thorax, car on sentit les extrémités des côtes fracturées, ou, pour mieux dire, détruites.

IX. — DU FROTTEMENT.

On sent quelquefois avec la main un léger frôlement ou grattement, quelquefois un frottement ou raclement véritable, dans la **péricardite sèche** avec fausses membranes plus ou moins dures, et dans le cas de **concrétions ossiformes** de la surface du cœur. Il est important, dans les cas où la main perçoit une sensation de frottement à la région cardiaque, de s'assurer que ce frottement n'est pas dû à des adhérences pleurales, ce qui est le cas le plus habituel. Pour établir le diagnostic, on ordonne au malade de suspendre un moment sa respiration. Si le frottement disparaît, il est dû aux adhérences pleurales. Cette distinction n'est pas toujours facile à établir; car dans les cas d'adhérences pleurales, le mouvement du cœur peut à lui seul déterminer le frottement. Dans la péricardite avec fausses membranes molles et récentes, on sent comme un décollement difficile et pénible de la pointe du cœur.

X. — DU FRÉMISSEMENT VIBRATOIRE.

Le frémissement vibratoire, nommé aussi murmure vibratoire ou cataire, ressemble assez au murmure ou *râle* de satisfaction, au *ronron* ou bruit de rouet que font en-

tendre les chats; et c'est de là que lui vient la dernière dénomination.

Ce phénomène, qui est beaucoup plus commun qu'on ne le pense, a été décrit pour la première fois par Corvisart, et ensuite par Laënnec.

Caractères. Il a plusieurs degrés. Quand il est très-faible, il ressemble à la vibration de la corde d'un violon ou de tout autre instrument de cette espèce; il est alors ordinairement court et on ne le perçoit que dans un point et avec le bout des doigts. Plus fort, il ressemble au frémissement du sang dans une varice anévrysmale, à celui qu'on perçoit en plaçant la main sur le larynx d'une personne qui parle, au frottement d'une brosse; alors il est étendu et prolongé; à un degré plus avancé enfin, il donne la sensation du *ronron* d'un chat, du bruit d'un rouet, du râpement d'une étrille (Bouillaud). Plus ces phénomènes sont rudes, plus ils sont prolongés. Ce sont d'ailleurs des phénomènes tactiles plutôt qu'acoustiques, car il est rare qu'on les trouve à l'auscultation; ils font place alors à des souffles. C'est parce qu'on pratique plus ordinairement l'auscultation que la palpation, dans les maladies du cœur, qu'on les reconnaît et qu'on les décrit rarement. On ne perçoit pas le frémissement vibratoire à distance, comme on entend le piaulement.

Ce frémissement est permanent, continu ou intermittent.

Il est général ou partiel, et, dans ce dernier cas, il a son maximum à la pointe, à la base du cœur ou dans tout autre point du thorax. Quand il existe au niveau du cœur, il accompagne l'un ou l'autre des temps, et quelquefois tous les deux.

Ce frémissement peut être borné au thorax ou se propager dans les artères; alors on le trouve quelquefois seulement au col, quelquefois dans les artères des membres et jusque dans les ramifications d'un faible volume (pédieuse). Pour le percevoir dans les vaisseaux, il suffit quelquefois de le toucher, mais le plus souvent on doit les comprimer; on sent alors comme une tige métallique rigide vibrer sous le doigt.

*Cas dans lesquels on rencontre le frémissement vibratoire. —
Valeur diagnostique.*

Corvisart avait parfaitement saisi la cause du frémissement vibratoire; il l'attribuait au frottement éprouvé par le sang qui passe dans un orifice rétréci et irrégulier; seulement il bornait à l'orifice aortique le lieu où il se produisait habituellement; il faisait remarquer, en effet, que presque toujours ce frémissement se prolongeait dans les artères; et il en était arrivé à ce point, qu'il diagnostiquait les rétrécissements aortiques d'après les seules qualités du pouls vibrant. La théorie de Corvisart était très-vraie, seulement les applications en étaient trop restreintes. Laënnec, qui avait étudié avec soin le frémissement vibratoire, l'attribuait, dans quelques cas, au spasme du cœur ou des vaisseaux; car, disait-il, on l'a trouvé chez des individus qui n'ont présenté aucune lésion au cœur. Cette explication tenait à toute la grande théorie imaginée par Laënnec sur les souffles et bruits nerveux des vaisseaux; nous croyons qu'elle n'est pas fondée sur des faits, car nous pouvons dire que, à notre connaissance, on n'a pas encore rencontré un frémissement vibratoire sans une lésion qui pût l'expliquer.

Les lésions qui le produisent présentent toujours des conditions telles, qu'il peut y avoir un frottement plus ou moins long de deux corps solides l'un contre l'autre, ou un glissement pénible et plus ou moins gêné d'un liquide dans un orifice étroit ou sur des surfaces irrégulières. On comprend alors que le frémissement vibratoire s'observe dans la péricardite avec fausses membranes, dans les rétrécissements aortique, auriculo-ventriculaire, dans les simples endocardites avec irrégularités des valvules, des orifices, dans les anévrysmes du cœur ou de l'aorte, sur le trajet des artères comprimées par une tumeur, peut-être dans les communications anormales des cavités du cœur entre elles. Aussi conçoit-on que ce phénomène puisse se modifier, disparaître, se reproduire suivant les modifications qui surviennent dans les orifices; s'ils s'élargissent, si les franges se déplacent ou se détruisent, le frémissement disparaîtra, jusqu'à ce que de nouvelles modifications des ouvertures le reproduisent.

Le frémissement de la **péricardite** est superficiel, général, et ressemble à un frottement, mais limité à la région précordiale.

Celui des **rétrécissements auriculo-ventriculaires** est senti principalement à la pointe de l'organe, et il donne la sensation d'une colonne de liquide qui frapperait perpendiculairement le doigt et tendrait à sortir du thorax; quand ce phénomène se produit dans un rétrécissement, avec grande hypertrophie, on le sent dans toute l'étendue du cœur, dans toute celle du thorax et jusqu'à la base du col, mais jamais au delà; le pouls est ou large ou étroit, mais non vibrant.

Celui du **rétrécissement aortique** est limité à la base du cœur, et se propage dans les artères, où il produit une vibration marquée.

Celui des **anévrysmes** a un siège différent de celui du cœur; il existe au niveau d'un second centre de battements, quelquefois d'une tumeur, d'une perforation du thorax, etc.

Le frémissement vibratoire est un phénomène important à consulter, mais trop négligé, parce qu'il est méconnu dans ses degrés les plus légers. Quoiqu'il soit très-sujet à varier de caractère et d'intensité et aussi à disparaître, il indique toujours une lésion mécanique, par suite de laquelle un liquide éprouve de l'obstacle à franchir un orifice, ou bien dans laquelle deux surfaces solides, rugueuses, frottent l'une contre l'autre.

XI. — DES MOUVEMENTS OU CLAQUEMENTS VALVULAIRES.

Il résulte d'observations de M. Bouillaud qu'on sent, avec la main appliquée sur le cœur, le double mouvement de systole et de diastole du cœur, et le double claquement valvulaire correspondant. On conçoit que, quand il se produira des altérations de la masse du cœur, des orifices et surtout des valvules, ces mouvements varieront eux-mêmes.

Ces mouvements participent des caractères des bruits cardiaques, et, par conséquent, ne sont pas semblables. Le premier est sourd, étouffé; le second, plus vif, plus net.

Or, qu'il survienne un **épaississement**, un **état fongueux des valvules** auriculo-ventriculaires, dont la tension coïn-

cide avec le premier mouvement, on comprend que ce phénomène va se modifier et devenir encore plus étouffé, plus sourd; il finira même par disparaître; alors on ne percevra que le mouvement correspondant au deuxième temps. Qu'il s'agisse, au contraire, d'une **ossification** de ces mêmes **valvules**, le mouvement sera plus arrêté, plus net, plus claquant. Maintenant, pour compléter ces renseignements, supposons que ces modifications soient plus perceptibles à la pointe du cœur qu'à la base, il n'y aura presque pas à douter que le siège de la lésion ne soit à un orifice auriculo-ventriculaire. Voilà donc un diagnostic, et un diagnostic délicat, qui peut être fait uniquement à l'aide de la palpation.

Si la lésion occupe les valvules sigmoïdes, mêmes résultats, mais dans un autre lieu. État épais, fongueux de ces valvules: deuxième temps enrôlé, étouffé, avorté. État crétaqué au contraire: deuxième temps sec et avec claquement marqué. Ces phénomènes se passent exclusivement à la base de l'organe.

Bien interprétés, contrôlés à l'aide des caractères fournis par les autres modes d'exploration, ils ont une grande valeur.

§ III. — Signes fournis par la percussion.

La percussion ne fournit qu'un seul signe, celui de la *matité*. On perçoit cependant en même temps une *résistance au doigt*, dont les caractères varient et peuvent aider au diagnostic.

XII. — DE LA MATITÉ ET DE LA RÉSISTANCE AU DOIGT.

Caractères. Dans l'état normal, on perçoit, par la percussion, une submatité plutôt qu'une matité véritable, à la région précordiale. Sa limite inférieure est à la pointe du cœur, sa limite supérieure à deux travers de doigt au-dessus de cet endroit; elle commence au bord gauche du sternum et se porte de deux à trois doigts en dehors et à gauche; de sorte qu'elle est de trois à quatre centimètres carrés en dedans et au-dessous du mamelon.

Quand on percute, le son n'est pas absolument mat; il y a toujours un léger degré de résonance, et de plus la résistance au doigt est peu prononcée.

Dans l'état pathologique, cette matité varie; elle acquiert jusqu'à quinze et vingt centimètres de largeur ou de hauteur et présente une résistance quelquefois aussi grande que celle d'un corps absolument solide.

Mode d'exploration. Pour étudier cette matité, on doit procéder d'une façon particulière, mise en usage par M. Bouillaud et malheureusement très-peu pratiquée. Les limites les plus extérieures de la matité offrent un son moins obscur que le centre; de sorte que, si l'on explore du centre à la circonférence, le passage graduel de la matité au son fait que l'on ne sait au juste où placer la limite de la matité. En procédant d'une manière inverse, on rencontre très-exactement cette limite. On percute donc, non le cœur, mais les parties sonores voisines du cœur, et l'on cessera la percussion quand on arrivera aux points mats. On marquera ces points, et, quand on aura agi de la sorte dans tous les sens, on se trouvera avoir formé sur le thorax la figure exacte du cœur.

Comme on le voit, cette manière de percute diffère beaucoup d'un procédé grossier, trop généralement usité, qui consiste à percute, de haut en bas et de droite à gauche, la région précordiale, et à limiter par des lignes droites les quatre points extrêmes de la matité. On obtient de cette façon une figure quadrilatère qui ne représente jamais la forme du cœur.

La planche suivante est destinée à faire comprendre les résultats que l'on obtient à l'aide de la percussion exercée méthodiquement sur la région précordiale (*fig. 4*).

Voici maintenant la manière de procéder.

M. Bouillaud percute d'abord de haut en bas jusqu'à la limite supérieure du cœur, et s'arrête en traçant une ligne à l'encre; quelquefois il faut tracer deux lignes, l'une supérieure pour indiquer le commencement de la matité légère, l'autre inférieure pour la matité absolue. On comprend que la présence d'une lame de poumon, entre le cœur et la paroi thoracique, doit rendre la matité moins accusée, moins absolue vers la base du cœur qu'à sa partie moyenne. La percussion est ensuite reprise de bas en haut, de l'abdomen vers le cœur; on perçoit d'abord la sonorité stomacale, puis, en arrivant au cœur, on trouve de la matité; là encore il y a une matité absolue et une matité relative, car la pointe de l'organe repose sur l'estomac, et à