

était hérissée de pavés d'ossification, est à peine plus subversive de l'infailibilité diagnostique moderne que la présence de ces deux mêmes symptômes dans un autre fait qu'a également raconté le docteur Budd (*Medical Gazette*, 24 décembre 1841), et dans lequel il s'agissait d'une altération des valvules aortiques. Après avoir rapporté l'observation du malade (il se nommait Coyne), l'auteur continue en ces termes : « Lorsque Coyne entra à l'hôpital, il était évident, d'après l'étendue de la matité précordiale, que le cœur était considérablement augmenté en volume, et l'impulsion puissante qui accompagnait les battements annonçait une hypertrophie du ventricule gauche. Nous fondant sur les pulsations visibles dont les artères étaient le siège, sur l'existence d'un souffle diastolique, qu'on entendait à la base du cœur, nous avons admis une lésion des valvules aortiques permettant le retour du sang dans le ventricule. Cette même lésion valvulaire pouvait rendre compte du bruit systolique éclatant que l'on percevait à la pointe. Les vibrations intenses que la palpation faisait constater tenaient à quelque ossification.

« Jusqu'ici nos prévisions ont été réalisées. Mais les vibrations que l'on sentait le long du bord droit du sternum, depuis la troisième côte jusqu'à la clavicule, l'éclat et la nature du bruit systolique dans ces mêmes points et dans les artères du cou, nous avaient fait admettre des plaques d'ossification à la surface interne de l'aorte ascendante. Sur ce point, nous nous étions complètement mépris; l'artère était dans un état d'intégrité parfaite.

« Le fait de Coyne nous apporte un enseignement utile; il nous montre à quel point une vibration systolique, née sur les sigmoïdes de l'aorte, peut se propager sur le trajet des artères. »

Dans le cas suivant, il y avait un bruit de souffle et un frémissement dans toute l'étendue de la poitrine, soit en avant, soit en arrière, sans aucun signe de péricardite ou de lésion valvulaire : je veux parler de Mary Robinson, cette charmante petite fille de dix ans, qui est entrée dans nos salles le 1^{er} novembre. Elle avait été jugée atteinte d'hydrocéphalie, et sous l'influence d'un traitement approprié, son état avait paru s'améliorer. Quatre jours après son arrivée à l'hôpital, voici ce que consignait le rapport. A moitié endormie, Mary crie de temps en temps à cause des douleurs qu'elle ressent dans la tête; sa figure est pâle; ses lèvres sont tuméfiées et décolorées; elle renverse sa tête en arrière; les muscles du cou sont rigides; la région cervicale n'est le siège d'aucun abcès, d'aucune tumeur, elle n'est point œdématiée. La

tête est chaude, mais les pupilles sont normales; les deux carotides présentent des pulsations remarquables, avec un *thrill* et un bruit de soufflet éclatant; l'action du cœur est violente, les bruits retentissent fortement; on entend avec le premier un souffle très-intense, qui n'est pas limité à la région cardiaque, mais qui se propage dans toute la poitrine, *en avant et en arrière*; on constate dans tous les points un frémissement très-marqué. Pas de bruit anormal dans l'aorte abdominale; pas de dyspnée, pas de palpitations. La malade ne tousse pas; elle n'accuse aucune douleur lorsqu'on exerce une pression sur la région du cœur, ou lorsqu'on refoule en haut le diaphragme vers la pointe de l'organe. Le pouls est à 100; il est plein et assez fort; les fonctions digestives sont naturelles; la peau est chaude.

Mary resta à l'hôpital encore dix ou douze jours après qu'on eut pris la note précédente; le souffle et le *thrill* étaient devenus peu à peu moins intenses; mais lorsque la malade sortit du service, ils n'avaient point encore entièrement disparu.

Un phénomène très-remarquable ici, c'était la présence d'un frémissement très-fort ou d'un *mouvement vibratoire* perceptible à la main, dans tous les points du thorax. Ce mouvement paraissait avoir la même intensité dans toutes les régions de la poitrine; il était synchroné avec le mouvement systolique et avec un bruit de soufflet éclatant qu'on entendait également dans la totalité de la région thoracique. J'avais regardé ces phénomènes comme complètement indépendants d'une péricardite ou d'une lésion valvulaire, et l'événement montra que j'étais dans le vrai, puisque tous ces signes physiques disparurent sous l'influence des antispasmodiques et d'un bon régime.

Or deux questions fort intéressantes se présentent ici : Comment distinguer les cas semblables d'une péricardite ou d'une affection valvulaire? — Comment concevoir la production des phénomènes physiques présentés par notre petite fille? On pourrait croire tout d'abord qu'un *thrill* aussi intense, un souffle aussi éclatant, ne peuvent pas être le fait d'une péricardite : cette opinion ne serait point exacte; car j'ai vu avec le docteur Parkinson, dans North-Great-Charles street, un malade atteint d'une inflammation du péricarde, et chez lequel, du matin au soir, dans l'intervalle de deux visites, un souffle retentissant et un mouvement vibratoire violent avaient apparu dans toute l'étendue de la poitrine. Malheureusement, je n'ai point pris de notes sur ce fait, et je ne puis vous dire si les carotides présentaient les mêmes phénomènes. Je le regrette d'autant plus que si chez cet homme les carotides

n'étaient le siège d'aucun bruit, le diagnostic entre cette péricardite et l'affection de Mary Robinson devient extrêmement simple. Du reste, chez notre petite fille, l'absence de dyspnée, l'intégrité parfaite des fonctions respiratoires, suffisaient pour faire rejeter l'idée d'une phlegmasie du péricarde; en effet, pour déterminer des phénomènes physiques aussi prononcés, il eût fallu une péricardite d'une grande sévérité, et, dans ce cas, la maladie se traduit par des désordres fonctionnels qui sont aisément reconnaissables.

Quant à une lésion valvulaire, il me suffira de vous rappeler que, dans les affections de cette nature, le *thrill* et le souffle ne sont jamais également entendus dans toute l'étendue de la poitrine, aussi bien en avant qu'en arrière. Si nous voulons maintenant nous faire une idée de la cause de ces phénomènes, nous devons songer que des signes physiques identiques sont produits par le mouvement du sang, qui vibre sur les rugosités des artères ou des valvules cardiaques; ce qui s'explique aisément par les lois ordinaires de l'acoustique; de plus, les mêmes phénomènes peuvent être déterminés par le frottement de la péricardite. Pour ce qui est du *thrill* et du souffle que l'on perçoit si souvent chez les sujets hystériques ou nerveux, et chez les malades affaiblis, les physiologistes se sont dès longtemps mis en quête d'explications; mais je ne sache pas que jusqu'ici ces symptômes aient été observés en dehors du système vasculaire, ou qu'on les ait constatés avec une égale intensité dans toute l'étendue de la poitrine.

Je ne suis point en mesure de combattre ni de défendre l'opinion généralement admise sur la cause des bruits vasculaires chez les individus nerveux ou affaiblis; il m'est également impossible de vous donner une explication satisfaisante de ce qui s'est passé chez Mary Robinson, car les difficultés de l'interprétation sont encore accrues par ce fait, que ces phénomènes faisaient totalement défaut dans l'aorte abdominale et dans les artères des membres inférieurs.

Je vais maintenant vous entretenir d'un fait qui contraste singulièrement avec ceux qui précèdent. Vous voyez ici le cœur d'un malade qui est venu à pied chez moi, pour me consulter, il y a une quinzaine de jours. Je ne pourrais vous citer de meilleur exemple pour vous montrer jusqu'où peut aller une lésion organique du cœur avant de déterminer des symptômes inquiétants. Il s'agit ici d'un homme de cinquante-cinq ans qui avait constamment mené une vie très-active. Il s'était toujours bien porté, lorsqu'il y a six semaines, étant en voyage, il quitta sa voiture pour gravir à pied une colline assez élevée; après

avoir marché pendant quelque temps, il se sentit oppressé; il avait la respiration si courte, qu'il fut obligé de s'arrêter pendant assez longtemps pour se remettre. Du reste, ce ne fut là qu'une indisposition passagère, qui ne laissa à sa suite aucune gêne respiratoire. Mais, à quelque temps de là, les mêmes phénomènes se reproduisirent, et le malade s'aperçut alors qu'il ne pouvait plus monter les escaliers, ni marcher un peu vite, sans être pris d'oppression. Néanmoins, après chaque accès de dyspnée, il se sentait parfaitement bien. Un mois plus tard, ce gentleman fut atteint par l'influenza, mais il n'y fit pas grande attention; il ne fut que fort légèrement incommodé, et il ne garda pas même la chambre. Lorsque je le vis pour la première fois, il me dit qu'il souffrait d'un refroidissement grave. Les battements du cœur étaient violents, irréguliers et tumultueux; le pouls présentait des caractères analogues; il était, du reste, tellement irrégulier, qu'on n'aurait pas pu le qualifier d'intermittent. On entendait, au premier temps, un bruit de souffle intense qui se prolongeait jusqu'à la base du sternum. Le malade était tourmenté par une toux bronchique, et il avait des paroxysmes de dyspnée qui rappelaient les accès d'asthme. La maladie prit dès lors une allure d'une rapidité peu ordinaire; la respiration devint de plus en plus difficile, il y eut bientôt une véritable orthopnée; un peu plus tard, cet homme fut atteint d'une hydropisie générale, et il mourut presque subitement quinze jours après.

Le cœur avait l'aspect qu'il présente dans le cas de lésion des valvules aortiques; c'était en effet à cette affection que nous avions affaire, et même il n'existait pas d'autre altération. Les sigmoïdes de l'aorte étaient ossifiées au point de ne pas permettre le passage de l'extrémité du petit doigt. Pour ce qui est du diagnostic, je dois vous dire que je n'avais pas été très-porté à localiser la lésion sur les valvules aortiques, j'étais même disposé à voir là une affection d'un autre genre. Il est vrai que le souffle avait un caractère râpeux qu'on pouvait attribuer au frottement du sang sur la surface rugueuse de l'aorte; mais, en raison de l'éclat du bruit et de sa diffusion, il était impossible d'en déterminer le siège avec une certitude absolue. Lorsqu'au contraire le bruit de souffle est d'une intensité médiocre, nous pouvons souvent en découvrir l'origine. Du reste, l'histoire de ce malade présente une autre particularité qui est bien digne d'intérêt: c'est la persistance de la vie avec un orifice aortique aussi profondément altéré. Il est même probable que, si la grippe n'était pas venue compromettre une situation déjà si grave par elle-même, cet homme eût vécu beaucoup plus longtemps. N'ou-

bliez donc pas, messieurs, qu'une lésion organique du cœur peut rester latente pendant de longues années, jusqu'à ce qu'une cause accidentelle vienne enrayer plus complètement encore les fonctions de l'organe. Chez le gentleman dont je vous ai parlé, c'est l'ascension d'une colline qui a été l'occasion de la révélation de la maladie; l'attaque de grippe la fit parler plus haut encore. Ce sont les faits de ce genre qui donnent aux affections organiques du cœur un caractère de périodicité; les choses vont au mieux pendant un certain temps, jusqu'à ce que quelque cause fortuite, déterminant un trouble fonctionnel, mette sur la voie de la lésion préexistante. Notez en outre que notre malade eut jusque dans les derniers temps une *dyspnée paroxystique* très-marquée. J'ajouterai, pour ne rien omettre, que l'autopsie nous a permis de constater l'existence d'une bronchite et d'une carnification des poumons, affections secondaires, qui reconnaissent sans doute pour cause la gêne considérable de la circulation.

Étudions maintenant la péricardite qui se termine par épanchement, et voyons les symptômes dont elle s'accompagne. Voici un fait qui a été suivi avec le plus grand soin, et les lésions ont été en harmonie si parfaite avec les manifestations symptomatiques, que je ne puis mieux faire que de le prendre pour base de ma description.

Mary Kernan, âgée de dix ans, entre à l'hôpital le 6 octobre. Elle est dans un accablement profond; elle se plaint, elle pousse des gémissements, et elle présente tous les signes d'une gêne considérable de la respiration. Le pouls est à peine perceptible; les extrémités sont froides; il existe une sensibilité anormale au côté gauche de la poitrine. On couvre les parties douloureuses de ventouses sèches, on prescrit du carbonate d'ammoniaque et du calomel. Le lendemain matin, la malade est un peu soulagée, et voici alors ce qu'elle nous raconte :

Il y a huit jours, elle fut exposée à un courant d'air pendant qu'elle était couchée; le jour suivant, elle eut des frissons, des vomissements, de la céphalalgie, des douleurs dans les reins, les cuisses et les jambes, et des battements de cœur tellement violents, qu'elle croyait, dit-elle, que « son cœur cognait contre sa poitrine ». Ces palpitations persistèrent pendant deux jours avec de légères intermissions. La malade éprouvait en même temps une douleur aiguë, lancinante dans la région mammaire: cette douleur, qui s'étendait au cou et dans le dos, avait son maximum d'intensité entre les deux épaules, et dans le bras gauche, où elle descendait jusqu'au coude; les mouvements, les inspirations pro-

fondes, tous les efforts musculaires enfin l'aggravaient horriblement. En outre, cette pauvre petite ne pouvait rester couchée sur le côté gauche; elle avait la respiration extrêmement courte, une toux pénible et incessante, sans expectoration. Cette toux existait depuis plusieurs jours, mais elle n'avait déterminé jusque-là aucune douleur, aucune manifestation morbide.

Localisée d'abord dans la poitrine, la douleur parut s'irradier vers le côté droit de l'abdomen, puis de là dans toute l'étendue du ventre, où elle était plus pénible encore que lorsqu'elle occupait son siège primitif. Cette enfant avait pris chez elle quelques purgatifs qui l'avaient un peu soulagée. Depuis quelques nuits, elle dormait à peine, et aujourd'hui, couchée sur le côté droit, gémissante et abattue, elle ne peut même plus se soulever sur son lit. Elle se plaint d'une soif ardente, d'une oppression considérable, et « d'un poids énorme qui pèse sur son cœur ». Palpitations violentes, douleurs vives dans la région mammaire. Lorsqu'on vient à exercer une légère pression sur ce point, on détermine une profonde anxiété.

La face est pâle, bouffie et œdémateuse; les lèvres sont presque complètement décolorées. Le peau est chaude et sèche; la respiration, rapide et pénible, se fait quarante-huit fois par minute; le pouls est à 120; il est petit, faible, intermittent; sa force varie du reste par instants. La langue est chargée et visqueuse.

Le côté gauche de la poitrine paraît plus plein, plus développé que le droit; il semblerait que les muscles sont refoulés en dehors. Cette différence est surtout prononcée au niveau du mamelon. Toutefois la mensuration ne fait constater aucune inégalité dans le développement des deux moitiés latérales du thorax. A un pouce au-dessous de la clavicule et jusqu'à la limite inférieure de la région précordiale, la percussion donne un son complètement sourd; dans le sens latéral, on obtient le même résultat dans un espace de plusieurs pouces. Le son présente les mêmes caractères au niveau de la partie moyenne et inférieure du sternum, et au côté droit de cet os; en arrière, sur les deux épaules, jusqu'à l'épine de l'omoplate, la sonorité est exagérée. Dans tous ces points, le bruit respiratoire est extrêmement faible, mais il est pur de tout râle; partout ailleurs il est très-éclatant. On ne peut sentir le choc du cœur; les battements sont faibles; au-dessus du mamelon les bruits ne sont pas distincts, mais ils deviennent plus perceptibles vers le sternum, et on les entend dans la région épigastrique. Pas de bruit anormal. L'abdomen est tendu, rénitent; la pression au niveau du

foie est très-douloureuse. (*Applicentur hirudines sex regioni cordis et hypochondrio dextro. Habeat hydrargyri cum creta grana quinque, ter in die.*)

7 octobre. — Les sangsues n'ont été appliquées que sur la région hépatique ; la malade dit être un peu soulagée, elle peut se coucher plus facilement sur le côté gauche ; elle a mieux dormi, et ses gémissements ont été un peu moins fréquents. Le pouls est très-irrégulier pendant huit ou dix battements ; il est plein et mou ; puis diminuant de force, il augmente tout à coup de fréquence, jusqu'à battre à raison de 120 ou 130 fois à la minute ; bientôt après il s'efface graduellement et cesse d'être senti ; viennent enfin quelques pulsations distinctes, bien pleines, avec une fréquence de 88 ou 90. La respiration, à 48, est toujours pénible ; il y a eu deux selles ; la langue est sale et humide. Les résultats de la percussion sont les mêmes que précédemment. Au niveau des clavicules, le son est naturel ; immédiatement au-dessus de la clavicule gauche, à la partie inférieure du cou, existe un empâtement évident, que l'on ne retrouve pas du côté droit ; pendant les accès de toux, on voit apparaître en ce point une tumeur qui s'efface dès que la quinte est passée. Dans cette région, le bruit respiratoire est parfaitement distinct ; dans la portion inférieure du poumon gauche, il y a des râles sibilants. Les battements du cœur ne sont pas modifiés ; lorsque la malade est assise, c'est à peine si l'on perçoit les bruits normaux ; ils sont au contraire assez nets lorsqu'elle est couchée. (*Applicetur vesicatorium epigastrio, et repetantur pulveres hydrargyri cum creta.*)

8 octobre. — La nuit s'est passée sans sommeil ; les plaintes et la toux ont été continuelles. Aujourd'hui la figure est moins enflée, mais la respiration est encore plus difficile ; la malade se plaint surtout « de son étouffement et de son poids sur le cœur ». Le pouls a les mêmes caractères ; toutefois il n'est pas aussi irrégulier.

Pas de modification dans les phénomènes physiques ; la tumeur cervicale est plus apparente ; les râles bronchiques sont plus nombreux dans la région inférieure et moyenne de chaque poumon. Le ventre n'est pas aussi sensible, mais il est encore tuméfié ; il y a eu une selle.

On fait une autre application de sangsues, et l'on essaye de nouveau de produire la salivation par des frictions et des fumigations mercurielles.

9 octobre. — L'haleine a une légère odeur métallique. La respiration

semble être un peu moins difficile ; cependant il y a toujours 40 inspirations rapides par minute. Le pouls est le même.

Râles ronflants et sibilants dans les deux poumons en arrière. La toux, extrêmement pénible, est accompagnée de crachats visqueux et spumeux. Les douleurs sont plus vives encore ; le décubitus latéral gauche détermine immédiatement des palpitations. (*Repetantur omnia ut heri prescripta, et applicetur vesicatorium hypochondrio dextro.*)

10 octobre. — Mary se tient de préférence assise ; elle se trouve plus à l'aise, moins oppressée ; elle est en grande partie délivrée de son poids sur le cœur. Sa physionomie est meilleure, mais la respiration est toujours fréquente et laborieuse. *Le pouls est régulier, il bat 120 fois à la minute ; il ne présente plus de variations dans sa force, et l'on ne constate plus d'intermittences.* Le pouls a été compté pendant que la malade était assise sur son lit. Dans la région inférieure du thorax, surtout à gauche, la résonance a perdu son caractère tympanique, mais elle le présente encore dans la partie supérieure de la poitrine. Le choc du cœur est imperceptible ; les bruits sont vaguement entendus le long du sternum. (*Applicetur vesicatorium lateri sinistro, et repetantur alia.*)

11 octobre. — Les variations dans la force du pouls ont reparu ; il a parfois des intermittences, et présente à peu près les mêmes caractères que le 7 octobre ; il bat 120 ; mais il est vrai que la malade est couchée. La nuit a été aussi mauvaise que la précédente. Mary nous dit que son cœur est encore plus comprimé qu'auparavant ; elle rapporte cette sensation au niveau de la partie inférieure droite du sternum. Sifflement guttural très-prononcé. En raison du nouveau vésicatoire, la poitrine n'est pas examinée ; la pression sur l'abdomen est douloureuse ; il est tuméfié et absolument mat à la percussion. (*Applicetur vesicatorium regioni cordis, et repetantur alia.*)

12 octobre. — Même état : tumeur à la partie inférieure gauche de la région cervicale, avec un bruit respiratoire normal et bien distinct ; résonance naturelle au niveau des deux clavicules, avec un murmure vésiculaire très-pur ; un pouce plus bas, la percussion donne un son parfaitement sourd, que l'on retrouve sur la partie moyenne et inférieure du sternum, sur la face antérieure du côté droit de la poitrine et sur une portion de la région latérale gauche. Le bruit respiratoire est à peu près nul à gauche ; il est faible, mais distinct à

droite. En haut et en arrière, la percussion donne un son très-clair. On perçoit des râles bronchiques et crépitants au niveau des lobes inférieurs des poumons ; mais au niveau des lobes supérieurs le murmure vésiculaire est net, sans mélange de rhonchus. Aucune modification dans les battements du cœur. Le pouls est beaucoup plus faible ; 56 respirations par minute ; pas de dyspnée ; la langue est chargée.

13 octobre. — Le pouls est presque imperceptible. La respiration est excessivement laborieuse ; les lèvres sont livides.

La malade meurt à onze heures du soir.

Autopsie quatorze heures après la mort. — L'aspect extérieur du cadavre rappelle celui de la malade dans les dernières heures de sa vie : la figure est pâle, bouffie et œdémateuse ; le thorax, *notamment à gauche, est distendu et saillant* ; l'abdomen est tuméfié et arrondi. La percussion donne encore les mêmes résultats. Les téguments de la poitrine et de l'abdomen sont infiltrés. A peine le scalpel a-t-il entamé les cartilages des côtes gauches, qu'un flot de liquide jaune-paille s'écoule au dehors ; une fois le sternum enlevé, on ne distingue absolument que le péricarde, tant il est distendu : il occupe toute la ligne médiane, empiète sur le côté droit, et s'étend du diaphragme jusqu'à un pouce au delà de la fourchette sternale. Le poumon gauche est notablement diminué de volume ; il est refoulé en haut, contre la colonne vertébrale et les côtes ; il a perdu ses caractères normaux, et ressemble à un poumon qui a été comprimé par un épanchement pleurétique. Le poumon droit est affecté de la même façon, mais cependant à un moindre degré. Quelques adhérences de formation récente existent entre le poumon gauche et le péricarde, ainsi qu'entre les deux feuillets de la plèvre, au niveau du lobe supérieur du poumon droit.

La cavité du péricarde a une capacité trois fois plus grande qu'à l'état normal ; la surface extérieure est le siège d'une vascularisation très-prononcée ; la surface intérieure est polie, luisante, et recouverte d'une espèce de liquide gélatineux qui rappelle l'enduit muqueux de l'estomac ou de l'intestin. L'épaisseur du péricarde est de trois à cinq lignes (6 à 10 millimètres) ; mais si l'on examine attentivement la surface d'une coupe, il devient évident que cet accroissement en épaisseur est dû à la présence d'une fausse membrane. A la superficie de cette membrane adventice, on observe de petits dépôts de lymphes coagulées ; ils ont une teinte pourpre ou rouge noir ; du reste, ils dif-

fèrent notablement au point de vue de leurs dimensions ; ils occupent surtout le voisinage de la base du cœur et cette partie de la séreuse qui est en rapport avec la surface postérieure de l'organe ; toutefois le plus considérable de ces dépôts, qui a une figure oblongue et une longueur de deux pouces environ, répond à la face antérieure du cœur. La face inférieure et antérieure du péricarde présente en outre une foule de dépressions ou fossettes qui peuvent admettre l'extrémité d'un stylet. Vers la base du cœur et au niveau de la face postérieure de la membrane d'enveloppe, les produits plastiques peuvent être divisés en plusieurs feuillets ; au-dessous on retrouve la séreuse, qui a conservé l'aspect lisse et poli de l'état normal.

On peut enlever aisément, au moyen d'une pince, des lambeaux solides de la fausse membrane.

Toute la surface du cœur présente une belle couleur de vermillon ; elle est revêtue d'une couche réticulaire de lymphes plastique, très-remarquable ; cette membrane de revêtement est excessivement délicate, mais intimement adhérente au feuillet séreux du péricarde, au niveau de la pointe du cœur. Près de la base, elle est plus dense, plus compacte ; le travail d'organisation y est plus avancé ; les fibres et les réseaux qu'elles forment sont plus développés.

Telle est l'épaisseur de cette couche à l'origine de l'aorte et de l'artère pulmonaire, qu'il est presque impossible de distinguer ces deux vaisseaux l'un de l'autre. La face inférieure des appendices auriculaires et la partie du cœur qui les avoisine immédiatement sont les seuls points qui ne soient pas complètement recouverts par l'exsudation plastique.

Mais, quelle que soit l'étendue de la fausse membrane qui revêt la face antérieure de l'organe, elle est encore dépassée par celle qui tapisse le cœur en arrière ; en ce point la lymphes plastique est plus avancée encore dans son organisation, elle est plus dense, plus ferme, et elle donne naissance à trois ou quatre prolongements résistants, qui lui adhèrent intimement.

Lorsqu'on enlève une portion de l'exsudat, la substance du cœur apparaît avec une teinte rosée ; l'organe n'est pas trop modifié dans son volume, peut-être est-il cependant un peu plus considérable qu'à l'état normal. Les cavités n'ont pas été examinées.

L'ouverture de l'abdomen donne issue à un liquide semblable à celui qui était contenu dans la poitrine. Le foie est parfaitement sain ; au niveau de sa face convexe, quelques adhérences unissent les deux