

tandis qu'il se continue en haut dans l'artère abdominale, sans évidemment obstruer complètement la lumière du vaisseau.

Dans la cavité thoracique, bien des choses intéressantes. Le poumon droit, côté de la pleurésie hémorrhagique, n'est plus qu'une "masse tout-à-fait solide," d'un tissu lardacé. Les adhérences pleurales sont marquées surtout en avant, mais ne sont difficiles à dissocier qu'au lobe inférieur.

Quant au poumon gauche, il est encore à peu près dans sa totalité perméable à l'air et l'on n'y trouve que des noyaux épars. En un endroit les adhérences pleurales sont si fortes que pour enlever le poumon je dois faire la résection de deux côtes afin de ne pas déchirer la masse. En un autre point de ce même poumon nous trouvons un noyau sous pleural extériorisé comme
• une cerise.

Le cœur est hypertrophié, tant le droit que le gauche. Signes de dégénérescence scléreuse de l'aorte et des coronaires.

Particularité intéressante,—nous trouvons une péricardite "sèche" marquée. Le péricarde fort épaissi est à sa face interne granuleux, granulations que nous sentons sous le doigt et voyons nettement.

Examen microscopique : Sarcome à petites cellules rondes.

Quant au second cas, voici :

En octobre 1901, le nommé Alf. D., 25 ans, peintre, nous arrive envoyé par un confrère réclamant intervention pour un épanchement pleurétique : matité de tout le poumon gauche jusqu'à la clavicule ;—à droite, exagération d'intensité respiratoire. Poids 90. Temp. 100°.

Une ponction exploratrice pour nous assurer de la nature du liquide nous donne à notre grand étonnement un liquide franchement hémorrhagique. La thoracocentèse avec le Potain ne nous permet de recueillir qu'environ 500 grammes de liquide hémorrhagique, si riche en fibrine qu'il se coagule "*immédia-*