

primées, se thrombosent et leurs caillots deviennent vasculaires et adhérents.

Le phénomène est alors tout à fait comparable à celui que l'on observe, d'après les recherches récentes du professeur Cornil, dans la ligature aseptique des veines; les cellules endothéliales de la paroi prolifèrent et pénètrent le caillot qu'elles découpent en fragments circonscrits par un réseau plasmatique, composé d'éléments jeunes et munis de prolongements considérables. Les artères plus ou moins consumées, présentent un épaissement suffisamment considérable de leurs parois. Les nerfs n'ont pu être isolés sur les coupes. Ce sont des fibres de Remak qui accompagnent les artérioles, on a du mal à les découvrir et on en aurait bien davantage à décrire, sans inventer leurs lésions.

La masse de la tumeur subit une *apoplexie totale*, qui se retrouve toujours, qui se manifeste à l'œil nu par une coloration rougeâtre ou jambonnée tout à fait spéciale, et, dans cette apoplexie, se détachent des points d'extravasation sanguine plus foncés qui constituent de véritables infarctus, diffus, à contours mal définis, mais bien reconnaissables à leur teinte lie de vin. Ils sont surtout abondants à la périphérie de la tumeur.

Pourtant la couche de tissu qui est immédiatement sous le péritoine, et qui forme une mince bande coiffant les infarctus et les sinus thrombosés surtout abondants dans cette région, conserve longtemps ses fibres musculaires saines et évidentes, ce qui montre que ces tumeurs peuvent se nourrir par ambibition, grâce aux rapports de leur périphérie, et explique en même temps pourquoi elles peuvent contracter très vite des adhérences avec le péritoine viscéral ou pariétal.

Au point de vue histologique, la lésion est toujours la même, elle varie seulement d'intensité de la périphérie au centre de la tumeur. Sous le péritoine et sauf la réserve que nous venons de faire on rencontre les gros semis sanguins des fibromes, entourés de sang épanché. Ce sang