

Rien d'ailleurs à noter chez le sujet, sauf que c'est un artério-scléreux et qu'il fait de la myocardite.

Le diagnostic est posé par Sir Wil. Hingston de sarcome et l'excision généreuse en est faite. Une large et longue ellipse cutanée est enlevée et avec elle la tumeur qui intéresse le vaste interne. Celui-ci est sacrifié et le long et moyen adducteurs sont partiellement réséqués. Le femur ne paraissant pas intéressé, le périoste n'est touché. La plaie pansée à plat guérit bien et vite.

Mais vers la fin du second mois il est évident que l'élément néoplasique gagne du terrain. Une deuxième fois au thermocautère, une troisième à l'écraseur de Chassagnac. Les noyaux de granulation sont excisés.

Peu à peu le malade devient oppressé surtout par crise—et voilà qu'un jour il se plaint d'une douleur très vive au côté droit, en même temps que son oppression augmente. Pouls intermittent et fort,—difficulté respiratoire,—apyrexie.

Un examen attentif nous fait découvrir un épanchement pleural à droite.

Nous concluons à pleurésie, probablement d'origine néoplasique ; la ponction nous donne raison et nous évacuons une première fois 1500 grammes d'un liquide séreux franchement hémorrhagique. Soulagé pour quelques jours, le malade reprend bientôt ses crises dyspnéiques. Une seconde ponction évacue 1000 grammes. Mais le malade affaiblit graduellement, sans appétit qu'il est, et avec tant de difficultés respiratoire, et finalement meurt d'asthénie.

A L'AUTOPSIE, nous trouvons des bourgeons néoplasiques à la plaie fémorale. L'artère fémorale est quasi complètement solidifiée, par une masse charnue néoplasique, qui se continue dans l'iliaque. A l'iliaque primitive nous suivons ce noyau endartérien qui a fait bourgeon dans l'iliaque du côté opposé,