

quel procédé opératoire. Après chloroformisation, une première incision, longue de 12 à 15 centimètres, fut faite suivant le trajet du sciatique, une seconde incision, longue de 8 à 9 centimètres, fut menée perpendiculairement à la première, en suivant le pli fessier. Ces deux incisions, tout en donnant beaucoup de jour, permirent de mettre à nu le néoplasme. Celui-ci était nettement encapsulé, et isolé des couches musculo-aponévrotiques de la région.

Il faisait intimement partie du nerf sciatique qui disparaissait complètement en abordant la tumeur. En incisant la capsule du sarcôme, on essaya de dissocier les éléments nerveux ; ce fut en vain, tellement le nerf était confondu avec le néoplasme, et il fallut réséquer complètement le sciatique à la partie supérieure de la tumeur. Dès lors, celle-ci fut facilement séparée, par énucléation, de ses connexions avec le bout supérieur du nerf.

Une fois la tumeur enlevée, il fut possible de retrouver cependant, éparpillés à la face interne de la capsule, quelques filets nerveux. Cette capsule avec les éléments nerveux qu'elle contenait fut soigneusement conservée, fermée par quelques points de catgut, et le nerf sciatique reconstitué au niveau de la section par deux fils de soie. La couche musculaire fut réunie au catgut, la peau au crin de Florence, pas de drainage, pansement à l'iodoforme.

Les jours suivants se manifestèrent les signes d'une paralysie évidente du sciatique, anesthésie sur son territoire et paralysie des extenseurs du pied.

Deux jours après, le pansement fut défait : un volumineux hématome s'était constitué, ce qui nécessita la désunion de la plaie. Celle-ci se réunit secondairement, en trois semaines.

L'examen anatomo-pathologique nous montre que cette tumeur, de forme ovoïde, est d'une consistance plutôt dure et présente à la coupe un tissu assez résistant, qui offre une coloration blanchâtre, translucide. Par le raclage il est difficile d'obtenir un résidu quelconque. Sur une section faite à travers ce tissu, l'on voit des tourbillons ou pelotonnements séparés par des tractus longitudinaux. A l'examen microscopique des coupes, l'on constate que ce néoplasme est constitué, en majeure partie, par des cellules fusiformes qui ont un gros noyau, granuleux, se colorant fortement ; leur protoplasma est transparent et elles se terminent par deux extrémités allongées.

Elles sont de dimensions variables et s'anastomosent entre elles.

Les vaisseaux sanguins ont pour parois propres des cellules embryonnaires soudées les unes aux autres et ils affectent la même direction que celle de ces cellules.

Il est à noter que les éléments embryonnaires ont une tendance à s'organiser en tissu fibro-conjonctif, car l'on aperçoit un grand nombre de travées fibreuses répondant à la description classique du sarcôme fasciculé.

Un autre point que nous voulons envisager, c'est le résultat éloigné de l'opération. Nous avons revu le malade quatre mois après : malgré que la paralysie du sciatique fut encore manifeste, le malade avait repris ses occupations. Il marche avec une canne, reste debout une partie de la journée et utilise surtout son triceps. Ce résultat est assez curieux : nous ne pensons pas, au