

proque, tout en permettant une certaine mobilité de l'articulation et en laissant le malade prendre quelque exercice.

Dans la première période de l'affection, le malade doit être condamné au lit avec un appareil à extension continue, tel que celui de Lannelongue ou celui qui est employé couramment pour les fractures du fémur. Cette immobilisation au lit avec extension continue doit être conservée tant que le redressement du membre n'est pas complet et tant que persiste de la douleur.

Quand les déviations sont corrigées et les douleurs articulaires éteintes, le malade peut quitter le lit muni d'un appareil réalisant l'extension pendant la marche (Le Fort, Sayre, etc.).

L'apparition des abcès n'est pas toujours le signal d'une modification dans le traitement local. En effet, bon nombre de ces abcès sont liés à des altérations osseuses périphériques, extérieures, et il suffit souvent d'ouvrir largement ces abcès et de les gratter pour voir, après la rapide guérison de cette complication, l'affection suivre son cours. Souvent aussi, si ces abcès sont peu volumineux, si la peau est saine et ne menace pas de s'ouvrir, si le malade peut être mis dans des conditions hygiéniques favorables, ces collections seront abandonnées à elles-mêmes et pourront se résorber.

Mais il n'en est pas toujours ainsi; lorsque les abcès sont dus à des altérations profondes de la hanche, lorsque des fistules conduisent sur les surfaces osseuses dénudées, quand l'attitude du membre indique une destruction des surfaces articulaires et une luxation ou une sublaxation de la tête, il faut réséquer les os malades, gratter et nettoyer le foyer morbide. On ne craindra pas, dans ce cas, de perforer la cavité cotyloïde et d'aller ouvrir ainsi un abcès pelvien. C'est ainsi que l'on comprend en France la résection de la hanche; on ne l'applique qu'aux coxalgies suppurées graves. A l'étranger, la plupart des chirurgiens font des résections hâtives, c'est-à-dire avant même que la suppuration se soit manifestée. On peut poser comme principe que la conservation doit être la règle; car au membre inférieur, l'*ankylose en bonne position* est supérieure, au point de vue fonctionnel, aux résultats que donne en général la résection; mais celle-ci ne devra pas être indéfiniment ajournée jusqu'au moment où le mauvais état général du sujet la rendra inutile: elle est indiquée dans les formes destructives de la coxalgie, où, malgré les efforts du traitement local et général, les lésions n'ont aucune tendance à la répa-

ration, menaçant par cette extension les parties voisines et compromettant la santé générale.

La résection est encore indiquée dans les formes douloureuses que l'immobilisation ne soulage pas et où l'on peut soupçonner un tubercule osseux central dans la tête ou le col du fémur; dans la luxation de la hanche avec déviation considérable du membre, ou bien dans une ankylose en mauvaise position.

En effet, si le traitement a été mal dirigé, l'ankylose peut s'être produite dans une attitude tellement vicieuse que le membre est inutile et gênant. Cette attitude est en général la flexion avec adduction et rotation en dedans.

Si l'on est bien sûr que les phénomènes inflammatoires sont complètement éteints du côté de la jointure, celle-ci sera redressée brusquement sous le chloroforme et immobilisée dans une bonne position.

Quelquefois la jointure résiste et le fémur se fracture au-dessous de son col ou à son extrémité supérieure et la correction est obtenue par cet artifice.

A cette manœuvre brutale du redressement, qui risque de réveiller les phénomènes d'arthrite et de briser le fémur en un point quelconque de son étendue, nous préférons de beaucoup l'ostéotomie sous-trochantérienne telle qu'elle a été pratiquée la première fois par Volkmann et répétée par un très grand nombre de chirurgiens.

Quand la guérison sera obtenue avec ou sans ankylose, l'électricité, les massages réveilleront l'action musculaire, sans qu'aucun mouvement soit exercé sur la hanche, en cas de soudure; la marche sera prescrite d'abord avec des béquilles.

II

SACRO-COXALGIE.

On doit réserver le nom de *sacro-coxalgie* aux lésions tuberculeuses de l'amphiarthrose sacro-iliaque: on a, en effet, décrit à tort sous ce nom diverses lésions survenues chez la femme pendant la grossesse ou après l'accouchement, qui doivent être distinguées de la sacro-coxalgie. Le relâchement de la symphyse sacro-iliaque, les arthrites rhumatismales ou d'origine génitale survenant dans cette articulation, doivent être décrites à part.

Cette affection, indiquée par Desault, Boyer, Larrey, Velpeau, n'a été bien étudiée que depuis les travaux de Laugier en France et de Hahn, en Allemagne (1855). La plupart des faits et des opinions se trouvent résumés dans la thèse de Delens (*Agrég.*, 1872).

Anatomic pathologique. — Les lésions ne diffèrent pas de celles que l'on rencontre dans les tumeurs blanches en général : les os paraissent envahis primitivement et la synoviale très rudimentaire ne devient fongueuse que d'une manière consécutive. Les cartilages et les ligaments se ramollissent et se détruisent; d'où la possibilité de mouvements anormaux.

Les lésions osseuses du début peuvent, avant d'envahir l'articulation, occuper tantôt la face antérieure du sacrum, tantôt sa face latérale, plus rarement la face auriculaire de l'os iliaque.

La suppuration peut migrer et se faire jour en différents points : la collection vient quelquefois se former à la partie postérieure de l'articulation, et le plus souvent elle se compose d'une poche superficielle et d'une poche profonde communiquant ensemble à travers les fibres éraillées ou détruites du muscle grand fessier (Duplay). Plus fréquemment le pus se collecte en avant de l'articulation, à cause de la moindre résistance des ligaments antérieurs ou de la fréquence plus grande des lésions de la face antérieure du sacrum. De ce point, il peut venir faire saillie au-dessous du ligament de Poupard ou à la partie supérieure de la cuisse. Quelquefois, il vient se montrer au pourtour de l'anus et simule un abcès ischio-rectal ordinaire ou s'ouvre dans le rectum; ou bien encore, il suit le muscle pyramidal et vient faire saillie derrière le grand trochanter, sous le bord inférieur du muscle grand fessier.

Étiologie. — La sacro-coxalgie est beaucoup plus rare dans l'enfance et l'adolescence que la coxalgie; elle a son maximum de fréquence de vingt-cinq à trente ans. On a signalé sa plus grande fréquence chez les tailleurs (Hahn), chez les jeunes soldats de la cavalerie et de l'artillerie (Hattute) exposés à des chocs répétés.

Chez la femme, on a admis l'influence de l'état puerpéral; mais il ne s'agit pas ici de véritable sacro-coxalgie pas plus que chez les sujets porteurs d'une blennorrhagie et présentant les symptômes d'une arthrite sacro-iliaque.

Symptômes. — La *douleur* est en général le premier symptôme accusé par le malade; elle existe dans la station verticale et dans la

station assise, s'exagère par la marche et la flexion du tronc, se calme par le repos au lit et quelquefois par une forte extension du rachis.

Elle est réveillée par une pression exercée au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure et même un peu au-dessous. On provoque aussi de la douleur par les mouvements du membre inférieur, par le toucher rectal, et surtout par la pression exercée à pleine main sur les os iliaques, comme si l'on cherchait à les rapprocher l'un de l'autre. Enfin, si l'on engage le malade à se soulever sur les poignets et à se laisser ensuite brusquement retomber sur le plan du lit, la secousse réveille une vive sensibilité dans l'articulation sacro-iliaque malade.

La pression du grand trochanter, les mouvements de la cuisse sur le bassin faits pendant que celui-ci est fixé, ne déterminent aucune douleur.

Des irradiations douloureuses peuvent se faire dans la fesse, l'aîne, la cuisse, jusqu'au genou.

La *claudication* est aussi un phénomène constant : les malades marchent, penchés en avant, en glissant le pied sur le sol et sans l'en détacher.

Le membre inférieur subit un allongement apparent par suite de l'inclinaison du bassin et des attitudes vicieuses du membre.

La partie postérieure de l'articulation présente quelquefois un empatement allongé de haut en bas; d'autres fois, le toucher rectal indique de la tuméfaction à la région inférieure du sacrum.

Les abcès suivent les diverses directions que nous avons indiquées : ils présentent tous les caractères habituels des abcès froids ou des abcès par congestion.

Les malades succombent en général à la suppuration et à l'hecticité ou à la tuberculose pulmonaire concomitante.

Diagnostic. — Les névralgies lombo-abdominale, fessière, sciatique, se distinguent de la sacro-coxalgie par le siège différent et précis des points douloureux et ne sont guère calmées par le repos et le décubitus.

Le diagnostic de l'affection peut être difficile quand les lésions siègent à la partie antérieure du sacrum et ne peuvent être reconnues à un examen direct, et il est souvent délicat de rapporter à sa véritable origine un abcès siégeant dans la fosse iliaque interne et s'accompagnant de flexion de la cuisse. Le siège exact de la douleur

osseuse et les diverses manœuvres nécessaires pour la provoquer fournissent à cet égard de bons éléments de diagnostic et pourront faire éliminer les affections des vertèbres lombaires ou de la crête iliaque.

La coxalgie est l'affection le plus souvent confondue avec la sacro-coxalgie : elle en diffère par le siège de la douleur qui se trouve au pli de l'aîne en avant, et en arrière et au-dessous du grand trochanter; et surtout par la fixité de la cuisse, plus ou moins immobilisée dans la flexion et à laquelle on ne peut faire exécuter ni l'abduction ni la rotation en dehors.

Les abcès et les fistules situés à la face postérieure du sacrum, au niveau ou un peu au-dessous de l'articulation malade, ne laissent guère de doute sur le siège primitif et la nature de l'affection.

Le pronostic est grave et ne saurait être formulé d'une manière générale; il doit varier avec le siège et l'étendue des lésions. L'ostéite tuberculeuse de la face antérieure du sacrum est plus grave que lorsqu'elle siège à la face postérieure. Il peut se produire une complication de méningo-myéélite par invasion du canal médullaire.

Traitement. — En même temps que le traitement général applicable à toutes les manifestations tuberculeuses, un traitement local sera institué : l'immobilisation du malade dans la grande gouttière de Bonnet, avec ou sans extension du membre correspondant au côté malade, répond à peu près à toutes les indications de la première période.

Les révulsifs qui nécessitent pour leur application de fréquents mouvements du malade et qui altèrent la vitalité des téguments, ne nous paraissent pas recommandables dans le cas actuel.

Quand il existe une collection purulente et surtout des trajets fistuleux, le traitement local ne doit pas différer de celui que nous recommandons pour les tumeurs blanches en général; les parties molles seront soigneusement curées de leurs fongosités, les os seront évidés à la cuiller tranchante et à la gouge; des orifices seront pratiqués qui conduiront à la face antérieure du sacrum et permettront le drainage et l'évacuation des abcès de cette région. Dans ce point où les manœuvres sont délicates et dangereuses, l'injection de chlorure de zinc en solution forte et les pansements iodoformés peuvent donner les meilleurs résultats. Dans tous les cas, l'intervention est difficile et les progrès de la guérison sont toujours lents et incertains.

III

ANÉVRYSMES INGUINAUX.

On décrit sous le nom d'anévrysmes *inguinaux* ceux qui naissent de l'artère fémorale à sa partie supérieure ou de l'iliaque externe à son tiers inférieur. Les anévrysmes inguinaux appartenant à l'artère crurale sont beaucoup plus communs que ceux de l'iliaque externe.

On donne le nom d'anévrysmes *iliaques* à ceux qui, développés aux dépens de l'une ou de l'autre de ces artères et quelquefois de l'iliaque primitive, finissent par remplir plus ou moins la fosse iliaque (Duplay).

Ces divers anévrysmes ont été étudiés dans un important mémoire de Malgaigne (*Journal de chirurgie*, 1846) et de Norris (*Americ. Journ. of Medic. Sc.*, 1847), et plus récemment par Eutter (1864) et par Kirmisson (*Soc. de chir.*, 1884) au point de vue du traitement.

Étiologie. — L'affection est infiniment plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et s'observe avec son maximum de fréquence entre 50 et 40 ans.

Assez souvent, les malades accusent comme causes des efforts pour soulever ou remuer des fardeaux, quelquefois un effort de toux, d'autres fois une chute ou un choc direct.

Dans un cas unique (Middleton Goldsmith), l'anévrysme inguinal était dû à la contusion de l'artère par la tête du fémur dans une luxation non réduite.

On a noté dans un certain nombre de cas l'existence d'abcès ou de bubons antérieurs.

L'influence de l'arthritisme, de la syphilis, de l'alcoolisme, se retrouve dans l'étiologie des anévrysmes inguinaux comme dans celle des anévrysmes en général.

Symptômes. — L'apparition d'une tumeur dans l'aîne ou dans la fosse iliaque est quelquefois précédée d'une douleur dans la région survenue au moment d'un effort. Le siège primitif de cette tumeur est important à déterminer; bientôt, en effet, par son accroissement, elle devient difficile à localiser.

Si l'anévrysme débute par la partie supérieure de la fémorale, il envoie parfois un prolongement inférieur vers la cuisse et un autre

supérieur dans la fosse iliaque, au-dessous de l'arcade crurale : la tumeur semble alors bilobée.

L'anévrysme né de l'iliaque externe ou de l'iliaque primitive prend un accroissement rapide et empiète plus ou moins sur la cavité abdominale.

Ces tumeurs présentent les signes ordinaires de l'anévrysme, battements avec expansion, souffle, etc.

Avec l'accroissement de la tumeur, la marche devient difficile et des douleurs se développent dans la zone du nerf génito-crural et du crural; la partie inférieure de la jambe et le pied peuvent s'œdématiser.

Le développement des anévrysmes inguinaux est en général très rapide; ils peuvent s'ouvrir dans le ventre et déterminer la mort par une hémorrhagie incoercible ou se rompre à l'extérieur, après s'être enflammés et gangrenés.

On a vu ces tumeurs déterminer une ostéite de l'ilium et du pubis et amener la gangrène du membre inférieur.

Diagnostic. — L'erreur le plus fréquemment commise a consisté à prendre pour un anévrysme iliaque une tumeur carcinomateuse et pulsatile du bassin. Il est donc important d'être prévenu de la possibilité de cette erreur. On peut parfois reconnaître sur ces tumeurs osseuses, pulsatiles, le trajet de l'artère iliaque externe qu'on sent alors battre isolément; ce qui permet de rejeter l'idée d'un anévrysme (Duplay).

Le siège primitif de l'anévrysme ne peut être déterminé que par la connaissance exacte du point où a commencé la tumeur. On a vu un anévrysme de l'aorte descendre assez bas pour simuler un anévrysme de l'iliaque commune.

Le *pronostic* des anévrysmes inguinaux est des plus sérieux. On aurait observé deux fois seulement la guérison spontanée après sphacèle de la tumeur (M. A. Severin, Abernethy).

Traitement. — La compression digitale ou mécanique, la flexion forcée, l'emploi de la bande d'Esmarch, ou bien sont inapplicables à cause du siège et du volume de l'anévrysme, ou bien réussissent trop rarement pour qu'on puisse compter sur ces moyens (Kirrison).

La ligature de l'artère iliaque externe constitue dans la plupart des cas la véritable méthode de traitement : sur 69 cas, dans les-

quels le résultat définitif est indiqué, elle a donné 56 guérisons et 15 morts; la proportion des morts se réduit à 5 sur 40 ligatures pour la période comprise entre 1874 et 1885, dans laquelle l'antisepsie a été mise en pratique (Kirrison). Dans deux cas où il y avait eu récurrence après cette ligature, l'anévrysme a été traité avec succès par la méthode ancienne, ouverture du sac et ligature de l'artère au-dessus et au-dessous (Hutchinson, 1878, et M. Rose, 1882). Dans un autre cas, une récurrence fut combattue avec succès par la ligature de l'artère épigastrique considérablement dilatée (Wood, 1881).

Dans un cas célèbre, Syme (1862) a traité avec succès un anévrysme iliaque par la méthode ancienne et, après ouverture du sac, dut lier successivement l'iliaque primitive, l'iliaque externe et l'hypogastrique.

Contre l'anévrysme de l'iliaque externe, V. Mott, le premier, a pratiqué avec succès, le 15 mars 1827, la ligature de l'iliaque primitive. Depuis cette époque, l'opération a été répétée un certain nombre de fois.

Enfin, dans des cas d'anévrysmes siégeant très haut ou dans lesquels l'hémorrhagie ne pouvait être réprimée par la ligature d'autres vaisseaux, on a tenté la ligature de l'aorte abdominale. A. Cooper pratiqua le premier cette opération en juin 1817. Cette ligature a toujours été suivie de mort jusqu'à présent; la survie la plus longue a été de 11 jours dans le cas de Monteiro (1842).

Adams (1840) et Leflaive (1855) ont rapporté l'un un exemple d'anévrysme iliaque *artérioso-veineux spontané*, l'autre d'anévrysme *artérioso-veineux traumatique*. L'iliaque primitive présentait une dilatation fusiforme percée d'une ouverture par laquelle l'artère communiquait avec la veine correspondante (Adams).

Le blessé de Leflaive avait reçu un coup de couteau à l'hypogastre, au-dessous de l'ombilic et à droite. La cuisse et le ventre présentaient des varices énormes ulcérées et le membre inférieur était atteint d'un véritable développement éléphantiasique. On trouvait dans la fosse iliaque droite un battement isochrone au pouls et un frémissement qui se prolongeait jusqu'à la symphyse pubienne; à l'auscultation on entendait un bruit de souffle continu.

Le malade succomba à des hémorrhagies provenant de larges ulcérations de la cuisse et de la jambe. La partie postérieure de l'artère iliaque primitive droite blessée était en rapport par un petit

orifice avec une volumineuse tumeur anévrysmale qui communiquait en un point avec la veine iliaque primitive gauche, très dilatée.

IV

ANÉVRYSMES DES ARTÈRES FESSIÈRE ET ISCHIATIQUE.

Ces deux variétés peuvent être réunies dans une même description; car, on ne saurait très souvent, sur le vivant, et quelquefois même sur le cadavre, déterminer auquel des deux vaisseaux qui sortent par l'échancrure sciatique la tumeur anévrysmale appartient.

Ces anévrysmes sont peu fréquents; on en connaît aujourd'hui 45 cas (Poinsot, *note in Encyclopédie de chirurgie*, t. III, p. 604).

Ils sont le plus souvent d'origine traumatique et sont consécutifs à une plaie pénétrante, à un coup ou une chute. Ils sont quelquefois spontanés.

Signes. Diagnostic. — L'anévrysme de la fesse forme ordinairement une tumeur circonscrite ou diffuse, sur le côté de la région et à quelque distance en arrière du grand trochanter. Tant que cette tumeur est limitée, sacciforme, elle est rarement plus volumineuse qu'un œuf de poule; quand elle est diffuse, elle peut acquérir des proportions considérables et de la partie supérieure de l'ilion descendre assez bas sur la cuisse. Dans quelques cas, on aurait pu la sentir par le toucher rectal.

Le plus souvent, elle présente les battements et les bruits caractéristiques; mais elle peut en être dépourvue. Ce n'est que rarement (Sappey, 1860) que la compression exercée du côté du cœur peut effacer les battements dans l'anévrysme.

Le développement de ces anévrysmes s'accompagne en général d'une douleur très considérable qui peut s'irradier en avant dans la fosse iliaque externe, en bas dans la région postérieure de la cuisse et de la jambe, quelquefois dans le périnée. Des crampes douloureuses de la jambe et de la plante du pied ont pu faire croire à du rhumatisme, de la goutte, à une sciatique.

Dans des cas rares la tumeur peut rester stationnaire pendant des années; le plus souvent elle fait des progrès incessants et finit par se rompre, en entraînant la mort par hémorrhagie.

Le *diagnostic* peut être fort délicat; l'anévrysme de l'ischiatique

ne peut guère être distingué de celui de la fessière que par son siège plus bas vers la hanche et par une certaine mobilité latérale qui n'existe pas dans l'anévrysme fessier.

La tumeur anévrysmale peut être prise pour un abcès de la région et quelquefois le diagnostic ne peut être fait que par la ponction aspiratrice avec un trocart fin.

Elle peut être confondue avec une *tumeur pulsatile* des os du bassin et quelquefois avec une hernie *ischiatique*.

Dans tous les cas, il est indispensable de rechercher à plusieurs reprises le bruit de souffle de l'anévrysme, de pratiquer le toucher rectal, de s'assurer de la sonorité et de la réductibilité de la tumeur. L'anévrysme peut présenter un signe important, presque pathognomonique, à savoir, sa diminution de volume pendant que l'on comprime l'aorte abdominale.

Le *pronostic* est toujours grave, la tumeur pouvant prendre un volume énorme et déterminer la mort par l'hémorrhagie qui accompagne la rupture de la poche.

Traitement. — Les injections coagulantes ne peuvent donner de résultat que si l'anévrysme est nettement sacciforme.

De même le traitement par la méthode ancienne, c'est-à-dire l'ouverture du sac, avec ligature du vaisseau au-dessus et au-dessous de la tumeur, ne peut s'adresser qu'à des anévrysmes récents dans lesquels le toucher rectal n'indique aucun prolongement dans le bassin.

La ligature de l'artère au-dessus du sac par la méthode d'Anel ne peut être appliquée qu'aux anévrysmes traumatiques dont le sac est extra-pelvien; elle sera impossible le plus souvent dans le cas d'anévrysmes spontanés qui se prolongent en général en dedans du bassin. Du reste, cette opération ne peut donner de bons résultats pour l'anévrysme ischiatique, à cause des nombreuses anastomoses que présente ce vaisseau avec les artères voisines. Elle n'a pas les mêmes causes d'insuccès quand elle est pratiquée sur la fessière, qui n'a pas de si puissantes anastomoses.

Dans un certain nombre de cas, on a pratiqué contre l'anévrysme spontané de cette région la ligature de l'artère iliaque interne; la première opération de ce genre a été faite par Stevens (1812). On a même pratiqué dans ce cas la ligature de l'iliaque primitive; cette opération n'est indiquée que si l'état de l'iliaque interne rendait sa ligature impossible ou inopportune.

En résumé, Duplay donne le conseil suivant : pour les anévrysmes traumatiques, toujours lier la fessière ou l'ischiatique, soit par la méthode ancienne, soit par la méthode d'Anel; pour les anévrysmes spontanés, ne recourir à la ligature de l'artère iliaque interne que si la fessière ne peut être abordée.

On ne connaît qu'un cas d'*anévrisme variqueux* des artères fessière ou ischiatique survenu à la suite d'un coup de faux dans la région de l'échancrure sciatique.

AFFECTIONS DU CREUX POPLITÉ.

I

KYSTES DE LA RÉGION POPLITÉE.

On admettait généralement autrefois que les kystes poplités avaient pour origine habituelle une hernie de la synoviale du genou à travers le ligament postérieur. Un peu plus tard, quand Gosselin eut démontré que les *ganglions* du poignet avaient pour origine commune le développement d'un follicule synovial, on fut assez disposé à admettre par analogie la même pathogénie pour les kystes poplités. Foucher, en 1856, dans un très important mémoire, publié dans les *Archives de médecine*, a fait l'histoire de cette affection et a prouvé que la très grande majorité de ces kystes a pour siège les bourses séreuses des tendons qui limitent le creux poplité.

De toutes ces bourses séreuses, la plus considérable est celle qui est commune au jumeau interne et au demi-membraneux, désignée d'une manière plus brève sous le nom de bourse de *jumeau interne*; elle est collée contre la partie postérieure du condyle interne et adhère à ce niveau largement à la capsule, un peu moins aux tendons à la partie interne; elle est tout à fait libre en arrière. Elle communique chez l'adulte une fois sur dix environ avec l'articulation; chez le vieillard la communication est un peu plus fréquente, une fois sur cinq (Poirier, *Arch. gén. de méd.*, 1886).

Une seconde bourse séreuse, située aussi à la partie interne du creux poplité, est propre au tendon du demi-membraneux; elle est au-dessous et en avant de la précédente, et sépare le tendon de la tubérosité interne du tibia.

À la partie externe du creux poplité se trouvent trois bourses tendineuses; une située en *arrière du muscle poplité*, entre le tendon poplité et le ligament latéral externe; bourse qu'il ne faut pas confondre avec le diverticule que la synoviale envoie sous le muscle poplité; une bourse destinée au *jumeau externe*, petite et non constante; enfin, la bourse du tendon du *biceps*, située immédiatement au-dessus de la tête du péroné. Ces notions anatomiques sont nécessaires pour le diagnostic rigoureux de ces kystes.

Anatomie pathologique et pathogénie. — Le plus souvent l'affection siège dans la bourse commune au *jumeau interne* et au *demi-membraneux*, et, d'après Poirier, elle siègerait le plus souvent dans cette bourse. Les kystes peuvent aussi quelquefois se développer dans la bourse propre du jumeau interne, surtout si cette bourse communique avec l'articulation. En effet, Poirier a tendance à croire que la très grande majorité, même la totalité des kystes poplités, sont d'origine articulaire; les uns ayant les caractères d'une véritable hernie synoviale, les autres siégeant dans les bourses séreuses de la région, en communication avec la jointure.

Enfin, on pourrait observer à la partie supérieure du mollet des kystes situés à la face profonde ou dans l'épaisseur du soléaire, et reliés par un pédicule plus ou moins long au prolongement sous-poplité de la synoviale du genou (Poirier).

Les kystes *médians* du creux du jarret sont très rares; on ne peut guère admettre, pour expliquer leur production, qu'une hernie de la synoviale à travers les éraillures du ligament postérieur ou une dilatation des follicules synoviaux (Foucher).

La paroi du kyste, dont l'épaisseur est en rapport avec sa durée, adhère à la capsule et aux tendons. La communication du kyste avec l'articulation est surtout visible quand on la cherche du côté de l'articulation; l'orifice de communication présente deux bords déchiquetés qui se recouvrent dans l'extension de la jambe (Foucher); aussi faut-il chercher la communication en plaçant la jambe dans la flexion. Le contenu est un liquide jaune citrin, analogue à la gelée de pomme, quelquefois plus fluide.