

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 médéc.*, 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.

Causes. — Les kystes poplités se montrent avec leur maximum de fréquence entre 20 et 50 ans; on n'en connaît pas d'exemple dans l'enfance. Cette donnée confirmerait les vues de Poirier; car à cette période de la vie, les bourses séreuses ne communiquent pas avec le genou. On a rarement noté dans les antécédents des sujets des inflammations de l'articulation du genou; mais les professions pénibles y prédisposent d'une manière manifeste.

Les marches longues, les efforts violents ont été indiqués comme des causes occasionnelles.

Symptômes. — Le début est insidieux et passe inaperçu; à peine quelques légers troubles fonctionnels; tels qu'un peu de gêne, une sensation de crampes, viennent-ils attirer l'attention. La pression ne détermine même aucune douleur lorsque l'affection est confirmée. Le kyste poplité se présente sous la forme d'une tumeur ovoïde, régulière, lisse, du volume variable d'une amande à celui d'un gros œuf de poule. La tumeur paraît dure et solide quand le membre est dans l'extension; elle laisse reconnaître ses caractères réels de mollesse et de fluctuation quand on relâche les parties par la flexion.

La mobilité est à peu près nulle, sauf lorsqu'il s'agit de kystes médians, plus ou moins pédiculés, comme nous l'avons vu. La collection est parfois réductible, mais il faut chercher ce caractère en plaçant la jambe dans la flexion: la réductibilité, qui seule démontre la communication de la tumeur avec l'articulation, se reconnaît à la disparition de la tumeur, au soulèvement de la rotule, à l'augmentation de l'hydarthrose, si elle existait déjà auparavant. Cette disparition de la tumeur pendant la flexion peut n'être qu'apparente; la méprise peut être évitée en exerçant avec les doigts une pression profonde qui permet toujours de reconnaître l'existence de la collection, lorsque son contenu n'a pas réellement disparu.

Dans quelques cas, la collection communique avec la jointure, et cependant elle ne peut être réduite, quelle que soit l'attitude donnée au membre.

Le développement de ces kystes est lent, mais ceux-ci ne présentent aucune tendance à la guérison spontanée. Dans quelques cas exceptionnels, on a noté leur rupture à la suite d'un mouvement violent d'extension; il en résulte une infiltration du contenu dans le tissu cellulaire, sans accidents graves. On ne peut citer qu'à titre de coïncidence, et non de complication, l'hydarthrose du genou,

qui ne s'est montrée que six fois sur dix-neuf cas (Foucher). Nous pouvons ajouter au point de vue du pronostic que l'articulation est saine le plus souvent ou ne présente que des lésions peu avancées d'arthrite sèche.

Diagnostic. — On a parfois confondu ces kystes avec des lipomes, des abcès froids, avec la dilatation de la saphène externe.

La régularité de forme du kyste, sa fluctuation vraie et manifeste empêchent la confusion avec le lipome. Les abcès froids de la région ont presque toujours un point de départ osseux qu'on trouve en général en explorant le squelette; de plus, leur consistance n'est pas exclusivement molle; la palpation fait reconnaître une certaine induration périphérique. La dilatation de la veine saphène externe constitue une tumeur très variable dans son volume, selon que l'on exerce une compression au-dessus ou au-dessous d'elle.

Un kyste soulevé par les battements de l'artère poplitée peut être pris pour un anévrysme: il s'en distingue par les caractères de la pulsation qui est un soulèvement *sans expansion*, par l'absence de soufflé et de modifications dans les battements de la pédicelle.

La variété du kyste est déterminée surtout par la notion du siège: les kystes situés en *arrière* et en *dedans*, assez volumineux, appartiennent surtout à la bourse commune du jumeau interne et du demi-membraneux; situés en *dedans* et un peu plus haut, plus petits, ils ont chance d'être développés dans la bourse propre du jumeau interne.

A la partie externe de la région, une collection située en *arrière* et en *dehors*, s'avancant un peu sur la ligne médiane et empiétant sur la partie supérieure de la jambe, peut être localisée dans la bourse du muscle poplité.

Située au-dessus de la tête du péroné, elle appartient presque sûrement à celle du biceps.

On ne peut faire que des suppositions sur le siège anatomique des kystes *médians*: on pourra supposer une lésion de la synoviale si la tumeur est réductible et s'accompagne des signes qui indiquent le passage du liquide dans l'articulation du genou.

Une tumeur, non réductible peu mobile, pourra être considérée comme un kyste folliculaire.

Traitement. — Les applications de vésicatoires sur le genou ont été suivies de quelques succès; toutefois leur emploi ne trouve d'in-

dication logique que lorsqu'il existe une hydarthrose concomitante. On devra, dans la majorité des cas, avoir recours à la ponction, soit simple et suivie de compression, soit à la ponction avec injection iodée. L'injection ne doit être poussée que lorsque le membre se trouve dans l'extension complète, position dans laquelle l'orifice de communication avec la jointure se trouve obstrué. En cas d'insuccès, il faut recourir à l'incision antiseptique ou à l'extirpation, qui n'offre que peu de dangers.

Kystes de la patte d'oie. — A côté des kystes poplités proprements dits il convient de placer les collections développées dans la large bourse qui sépare les tendons de la patte d'oie du ligament latéral interne du genou et de la face interne du tibia. L'histoire de ces kystes ne semble pas faite; néanmoins on les observe parfois. Ils présentent un siège tout à fait caractéristique qui les fait reconnaître pour ainsi dire d'une manière certaine. Il faut rechercher la fluctuation, la jambe étant fléchie. Ces kystes sont indépendants de l'articulation du genou et ne présentent, au point de vue anatomique, aucune différence avec les kystes tendineux de la région poplitée. On ne pourrait les confondre qu'avec des abcès froids, mais leur forme et leur consistance ont beaucoup plus de régularité; ou encore avec certains kystes très rares décrits par Lannelongue sous le nom de kystes périostiques, et que cet auteur a reconnu plus tard être des abcès froids transformés; mais le siège si remarquable de ces kystes éloigne cette hypothèse.

On peut leur appliquer le traitement des kystes poplités; peut-être est-il préférable, comme l'articulation est éloignée, de les ouvrir et d'extirper une partie de la poche, surtout lorsque celle-ci est épaisse et indurée. Segond a enlevé récemment sans difficulté un de ces kystes.

II

ANÉVRYSMES POPLITÉS

Les anévrysmes poplités sont les plus fréquents des anévrysmes externes.

Comme tous les anévrysmes, il convient de les diviser en 1° A. circonscrits; 2° A. diffus; 3° A. artério-veineux.

1° ANÉVRYSMES CIRCONSCRITS.

Étiologie. — Ils constituent la presque totalité des anévrysmes poplités. Ils succèdent très exceptionnellement à des traumatismes, à cause du siège profond de l'artère poplitée.

On peut invoquer toutefois, pour expliquer la formation de ces anévrysmes, différentes causes locales, indépendamment de l'athérome artériel, qui est la condition anatomique générale de la genèse de tout anévrysme spontané.

Les tiraillements fréquents de l'artère poplitée survenant dans les mouvements énergiques, brusques ou réitérés, du membre inférieur ont été considérés comme jouant un rôle important parmi les causes prédisposantes de cet anévrysme, et on a vu la confirmation de cette manière de voir, dans des expériences cadavériques (Richerand, Hodgson, Hart), et dans ce fait nettement établi, que l'anévrysme poplité se montre de préférence chez les individus dont la profession exige soit la flexion forcée de la jambe, soit ses mouvements réitérés (tailleurs, cochers, cordonniers, valets de pied, etc.).

Une autre condition anatomique, indiquée par Broca, est la pression exercée par le soléaire sur l'artère, au niveau de l'anneau qu'il forme.

Anatomie pathologique. — La tumeur siège le plus souvent sur les deux tiers inférieurs de l'artère, et reste peu volumineuse tant que l'aponévrose résiste. Dans la suite, les différents organes en rapport avec l'anévrysme sont refoulés: les tendons sont déplacés, le ligament postérieur est éraillé. Le fémur et le tibia peuvent être le siège d'une ostéite raréfiante; la veine et les nerfs sont comprimés. Enfin, la tumeur peu s'ouvrir soit dans l'articulation du genou, soit du côté des parties molles.

Symptômes. — A la période de début, la tumeur n'est pas reconnue et l'affection ne donne lieu qu'à quelques troubles, tels que de l'engourdissement, des névralgies, de l'œdème, des varices de la jambe, et l'on comprend qu'à ce premier stade de son évolution, l'anévrysme simule diverses affections.

Lorsque la tumeur est devenue appréciable ou évidente, elle présente les caractères classiques des anévrysmes: tumeur molle, plus ou moins fluctuante et réductible, animée de battements énergiques

avec expansion et présentant le souffle intermittent. Dans ces conditions, à moins que des caillots durs n'aient oblitéré en grande partie la poche anévrysmale, le diagnostic s'impose ; car nulle autre tumeur, même le sarcome vasculaire de l'extrémité supérieure du tibia, n'offre un ensemble de signes aussi caractérisés.

Marche. Terminaisons et complications. — Quelques phénomènes de voisinage peuvent se montrer pendant le cours de l'affection : hydarthrose simple, arthrite du genou, adénites inguinales. L'évolution naturelle aboutit d'une manière à peu près constante à la rupture, lorsque la tumeur est abandonnée à elle-même. La rupture peut se faire profondément ou à l'extérieur ; dans le premier cas, on observe soit un anévrysme diffus, amenant rapidement la gangrène du membre, soit une hémarthrose considérable, qui indique l'ouverture de l'anévrysme dans l'articulation et nécessite presque toujours l'amputation de la cuisse.

Lorsque la tumeur a franchi l'aponévrose, elle ulcère la peau et s'ouvre au dehors.

Le *diagnostic* s'impose, ainsi que nous l'avons vu, quand l'anévrysme n'est pas modifié dans sa consistance. Dans le cas contraire, il peut être confondu avec une tumeur solide, témoin le fait classique de Ph. Boyer, qui extirpa un anévrysme guéri, croyant à un squirrhe, ou encore celui d'un chirurgien cité par S. Cooper, et qui, dans un cas du même genre, pensa à une exostose.

Traitement. — Les moyens que l'on peut employer avec succès doivent, au point de vue pratique et de l'ordre à suivre dans leur application, être rangés de la manière suivante : 1° la compression générale du membre à l'aide de la bande d'Esmarch ; 2° la flexion du membre ; 3° la compression indirecte ; 4° la ligature de l'artère.

La *compression générale* à l'aide de la bande d'Esmarch doit être le premier moyen à employer à cause de la facilité de son application et des nombreux succès dont elle a été suivie.

Ce moyen, imaginé par W. Reid, à l'hôpital Royal de la marine, à Plymouth, en 1875, consiste à envelopper le membre à l'aide de tours de la bande d'Esmarch, depuis les orteils jusqu'à la racine de la cuisse, de la même façon que lorsqu'on cherche l'ischémie totale. La bande est peu serrée ou même n'est pas appliquée au niveau de la tumeur anévrysmale, de manière à ce que l'anévrysme et le vaisseau,

à une certaine distance au-dessus et au-dessous, soient remplis de sang. Le tube est appliqué et la bande enlevée, ou la bande est laissée en place, sans application du tube.

Cette application de la bande devient rapidement très-douloureuse et ne peut être tolérée qu'à l'aide de narcotiques et d'anesthésiques donnés au malade. D'après la moyenne des résultats obtenus, elle doit être maintenue à peu près une heure et demie ; passé ce temps, le succès est douteux et une application plus prolongée ne saurait être sans danger.

Quelquefois, la guérison a été obtenue par une séance de compression indirecte, soit digitale, soit instrumentale, succédant immédiatement à l'application de la bande d'Esmarch. Ce traitement adjuvant peut être recommandé dans tous les cas.

La *flexion* de la jambe sur la cuisse est aussi un des premiers moyens à mettre en œuvre dans le traitement de l'anévrysme poplité. Presque à la même époque, Maunoir de Genève (1857) et Hart en Angleterre (1858) remarquaient que cette attitude suspendait les battements dans la tumeur anévrysmale. Depuis cette date, un assez grand nombre d'anévrysmes ont été traités par cette méthode avec des résultats variables (42 succès sur 91 cas).

La jambe est maintenue dans la flexion à l'aide de divers artifices de bandages ou de ceintures.

En tout cas la flexion peut être considérée comme un moyen adjuvant pour compléter ou consolider une guérison obtenue par la méthode de Reid ou par la compression.

Dans quelques cas, au contraire, l'*extension forcée* de la jambe suspend les battements dans l'anévrysme et peut être employée comme un moyen complémentaire.

La *compression indirecte* s'exerce sur l'artère fémorale dans la région du triangle de Scarpa, soit au même point, soit en des points différents (*compression alternative*), au moyen des doigts d'aides plus ou moins nombreux (*compression digitale*) ou au moyen de poids ou d'instruments spéciaux (*compresseurs* de Broca, de Mathieu, d'Esmarch, etc.).

Le plus souvent, surtout dans les cas rebelles, la compression est *mixte*, c'est-à-dire qu'elle est faite successivement à l'aide de divers procédés, doigts, instruments, poids, etc. Elle s'adresse surtout aux anévrysmes qui ont résisté au traitement par la bande d'Esmarch ou

par la flexion, dans lesquels le volume considérable de la tumeur, la minceur des parois, l'état athéromateux des artères, la tendance aux congestions pulmonaires ou cérébrales, constituent des contre-indications à ces genres de traitements.

La *ligature* de l'artère fémorale reste la méthode de *nécessité* pour le traitement de l'anévrysme poplité après l'échec des autres méthodes. Pratiquée pour la première fois par Desault (22 janv. 1785), qui lia la fémorale immédiatement au-dessous du troisième adducteur, cette ligature fut faite six mois plus tard par Hunter, qui la posa à une certaine distance de l'anévrysme au-dessus de l'anneau du troisième adducteur.

L'opération ainsi modifiée a été faite depuis cette époque un grand nombre de fois avec des résultats variables.

Quel que soit le mode de traitement employé contre l'anévrysme poplité, on peut, au cours des tentatives faites pour obtenir la guérison, voir se déclarer l'inflammation et la suppuration du sac avec menace de rupture ou se produire la gangrène du membre inférieur. Dans ces cas, la seule ressource est l'amputation de la cuisse pratiquée dans les tissus sains avant le développement des accidents septicémiques.

2° ANÉVRYSMES DIFFUS.

L'anévrysme poplité *diffus*, soit primitif, soit secondaire, est une affection rare. Il succède à la rupture de l'artère poplité dans un écrasement de la région, ou se montre après l'inflammation du sac d'un anévrysme circonscrit.

Le plus souvent, l'articulation du genou est envahie et peut être remplie par un épanchement sanguin, animé ou non de battements.

La tumeur est en général menacée d'une rupture prochaine avec hémorrhagie mortelle, ou le membre tout entier est envahi par la gangrène.

Le pronostic est des plus graves.

La compression indirecte et la ligature de la fémorale ne peuvent donner de résultats efficaces et ne sauraient que faire perdre du temps. Il faut recourir à la méthode ancienne, c'est-à-dire à l'ouverture et à l'évacuation du sac, avec ligature de l'artère au-dessus

et au-dessous, quand la tumeur n'est pas trop considérable, et à l'amputation quand il existe des accidents de gangrène.

5° ANÉVRYSMES ARTÉRIO-VEINEUX.

On ne connaît guère que 6 cas d'anévrysmes artério-veineux poplités (Leriche, thèse de Paris, 1888); encore le cas de Percy n'est-il pas absolument authentique. Ces anévrysmes qui présentent les caractères ordinaires des tumeurs de cette nature, en particulier le développement des veines, le thrill et le bruit de souffle continu avec renforcement, ont une évolution lente; ils sembleraient pouvoir être améliorés par la compression directe. On a pratiqué avec succès l'*extirpation* du sac (Felizet) et la ligature de l'artère au-dessus et au-dessous de la tumeur, sans ouvrir l'anévrysme (Lucas-Championnière).

AFFECTIONS DU GENOU.

I

GENU VALGUM.

Cette affection, décrite aussi sous le nom de *déviatio en dedans du genou*, de *genou cagneux*, est une difformité du membre inférieur caractérisée par la projection de la jambe en dehors et par la saillie en dedans du genou, avec intégrité des mouvements de l'articulation.

Cette difformité n'a été réellement bien étudiée que dans ces dernières années depuis les travaux de Delore de Lyon (1875); depuis cette époque, sa pathogénie et son traitement ont été, en France et à l'étranger, l'objet de nombreux travaux, dont les éléments ont été analysés dans des revues critiques importantes (Marchand et Terrillon, *Revue mens. de médecine et de chirurgie*, 1877; de Santi, *Arch. gén. de méd.*, 1879; Mickulicz, *Arch. de Langenbeck*, 1878).