

une saillie proéminente au-dessus du condyle. Souvent il s'établit entre l'exostose et la peau une bourse séreuse. A la faveur de l'antisepsie, l'ablation de l'exostose n'offre aucun danger ; quand on traitait les plaies à ciel ouvert, les risques d'ouvrir l'articulation rendaient cette opération dangereuse.

Tumeurs des parties molles. — Les aponévroses de la cuisse sont souvent le point de départ de *sarcomes* à cellules fusiformes qui récidivent facilement. Dans les muscles se développent de temps en temps

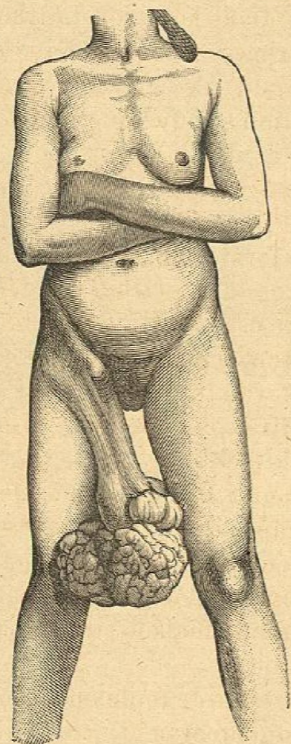


Fig. 77. — Molluscum fibreux.

des myxomes qui récidivent aussi localement. Dans le tissu cellulaire sous-cutané se développent des *lipomes*, des fibro ou myxo-lipomes ; ils ne sont même pas rares. La figure 76 en représente une variété très rare, où le lipome entourait la capsule de l'articulation du genou chez une jeune fille et était encapsulé d'une manière extrêmement lâche.

Lücke dit que les myxo-lipomes se développent de préférence sur la face postérieure de la cuisse et qu'ils s'enfoncent dans la profondeur jusqu'au niveau de l'échancrure sciatique. Souvent ces tumeurs des parties molles atteignent un volume considérable. Pitha a extirpé de

la face postérieure de la cuisse une tumeur qui s'étendait de l'ischion jusqu'à mi-jambe, et qui pesait 25 livres.

Dans le tissu cellulaire, et surtout sur la face interne de la cuisse et dans le triangle de Scarpa on observe de temps en temps des *kystes à échinocoques*.

En arrière, sur le nerf sciatique se développent des *névromes*. La figure 77 représente un *fibrome*, noueux, ulcéré, qui descendait entre les deux cuisses.

Tumeurs de l'aîne. — Dans la région du triangle de Scarpa, on voit se développer de nombreuses tumeurs. Nous étudierons les faits les plus importants en parlant des hernies crurales. Ici nous nous bornerons à attirer l'attention sur quelques points particuliers.

Les tumeurs résultant de la distension des ganglions ou canaux lymphatiques, les *lymphangiomes* et *adénolymphocèles*, sont un véritable *noli me tangere*. Dans ces cas, on trouve une tumeur dans le triangle de Scarpa, de forme allongée, et de la grosseur d'un œuf de pigeon ou plus ; la peau, de coloration normale, est mobile.

La tumeur elle-même est mobile ; sa surface est finement lobulée ; elle est molle et élastique comme un lipome. En exerçant une pression lente et continue sur la tumeur, celle-ci diminue de volume et finit même par disparaître complètement ; il en est de même quand le malade se couche ; mais dès qu'il se lève, la tumeur se reproduit et elle augmente quand il marche longtemps. Des autopsies ont montré que dans ces cas, les ganglions lymphatiques avaient complètement disparu et avaient été remplacés par des agglomérations de vaisseaux lymphatiques. Que le chirurgien ne touche jamais à ces tumeurs ; car l'expérience a montré que le malade succombait toujours à une forme particulière de septicémie.

On devra même s'abstenir de toute opération dans une région dont les lymphatiques communiqueraient avec ceux de la tumeur. Trélat opéra une fistule à l'anus chez un malade atteint de lymphangiome inguinal ; et le patient fut rapidement emporté. Gjorgjewics s'exprime très prudemment en ces termes : « Dès qu'une étincelle inflammatoire tombe dans ces masses lymphatiques, on voit se déployer toute une série de symptômes effrayants locaux et généraux, des signes d'infection qui ne tardent pas à emporter le malade ». (Antisepsie ?)

Les ganglions lymphatiques cruraux sont également le point de départ de *sarcomes* et de *carcinomes* qui peuvent atteindre un volume considérable et qui doivent être extirpés avec de grandes précautions à cause du voisinage des gros vaisseaux ; on est obligé de les séparer de la gaine des vaisseaux fémoraux, ou bien d'enlever cette dernière

en même temps et à la rigueur de réséquer les vaisseaux. J'ai extirpé plusieurs tumeurs de ce genre, et sais par expérience combien il faut faire attention, surtout quand un prolongement de la tumeur se dirige vers la fosse ovale de l'aponévrose, au niveau où la saphène s'abouche dans la veine fémorale. Mais l'opération la plus délicate n'a en général qu'un résultat temporaire; c'est pourquoi dans ces dernières années, je me suis résolu à réséquer les vaisseaux, même sur une notable étendue.

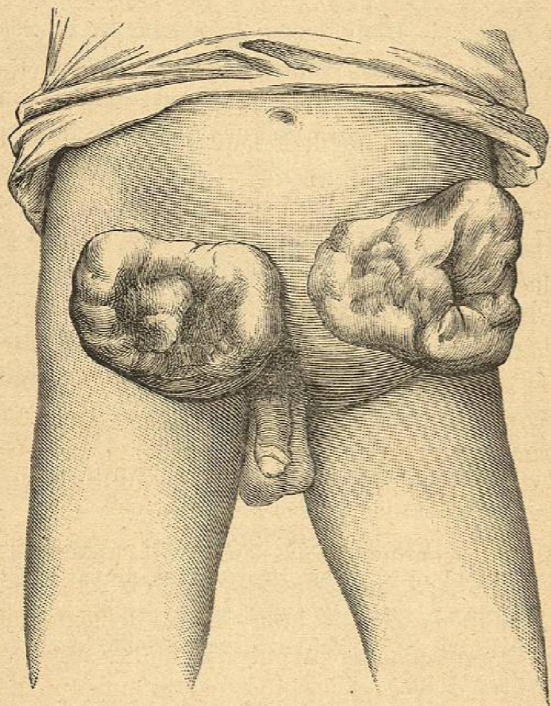


Fig. 78. — Lymphome malin des ganglions inguinaux.

Un cas de lymphome malin des ganglions cruraux qui était dans notre service en imposait à tous ceux qui l'examinèrent, à cause du volume colossal de la tumeur et par son extension aux ganglions pelviens. La pièce anatomique est conservée au musée d'Innsbruck et est à coup sûr une rareté pathologique. Les tumeurs inguinales s'ulcérèrent et on trouva des deux côtés des ulcérations plus larges que la main, à bords surélevés et vallonnés. Sur la pièce anatomique, on voit que les deux fosses iliaques sont remplies par les prolongements des tumeurs et que la cavité pelvienne est très rétrécie (fig. 78).

CHAPITRE IV

MALADIES DU GENOU.

§ 1. — Anatomie et physiologie.

Par ses surfaces articulaires énormes et de forme particulière; par ses cartilages inter-articulaires; par la solidité et la complexité de ses ligaments, sa capsule étendue dans laquelle est enclavé le plus volumineux des os sésamoïdes, la rotule; par ses volumineuses masses graisseuses, par ses nombreuses bourses séreuses, l'articulation du genou a une importance toute particulière; et comme elle est superficiellement placée, ses affections variées sont une bonne école clinique pour les débutants. Comparativement aux processus inflammatoires, les traumatismes et les grosses lésions mécaniques sont rares au genou; les fractures et les luxations sont exceptionnelles. Cependant non seulement pour comprendre ces dernières affections, mais aussi pour bien saisir l'importance des lésions inflammatoires et de leurs conséquences, il est nécessaire d'avoir quelques notions sur le mécanisme de cette articulation.

L'articulation du genou n'est pas seulement capable de mouvements de flexion et d'extension, mais aussi de rotation; et dans une certaine limite elle n'exécute pas que des mouvements de flexion ou d'extension pures, mais ces mouvements peuvent se combiner à un certain degré de rotation. On peut par exemple fléchir le genou, puis tourner la jambe de façon à ce que les orteils regardent en dehors; on peut alors étendre la jambe de façon à ce que la rotation disparaisse *progressivement*.

Quand sur une pièce anatomique dépourvue des muscles on mesure l'étendue des mouvements articulaires, on voit que la distance entre l'extension et la flexion forcées est de 160°.

On obtient ce calcul en plantant perpendiculairement sur la crête tibiale une épingle; sa projection sagittale est marquée dans la chambre obscure; puis on met la jambe dans la flexion forcée, et on note de nouveau la projection sagittale de l'épingle. Si on mesure alors l'angle qui sépare les deux projections sur un plan sagittal, on trouve qu'il mesure de 138 à 160°. Il faut choisir entre les projections, parce que l'aiguille même ne se meut pas rigoureusement dans le plan sagittal. Si on note la projection sagittale du chemin que parcourt un point du tibia en passant d'une position extrême dans l'autre, on obtient la figure ci-jointe qui est évidemment loin d'être un arc de cercle (fig. 79).