

fort bien avec un peu d'habitude. Parfois l'impression ressentie par les doigts est telle qu'on jurerait qu'il y a du liquide, mais c'est une pseudo-fluctuation et on reconnaîtra que cette sensation de flot est fautive à ce que le choc rotulien est impossible et aussi à ce que la consistance n'est pas absolument la même dans tous les culs-de-sac. Il y a des points un peu plus ramollis que d'autres et enfin si les tissus sont encore assez souples pour qu'on puisse pincer le cul-de-sac supérieur entre le pouce et les doigts, on peut s'assurer, en rapprochant brusquement le pouce des autres doigts, que le contour de la synoviale ne fuit point devant la pression comme les liquides, mais que les fongosités résistent et se laissent froisser.

Quand on a reconnu la présence de ces fongosités, on doit faire le diagnostic de la tumeur blanche du genou.

#### DIAGNOSTIC DE LA TUMEUR BLANCHE DU GENOU

Elle peut se présenter sous deux formes : la forme non suppurée et la forme suppurée.

**1° La tumeur blanche n'est pas suppurée.** — Elle se manifeste par des fongosités, comme nous venons de le dire, fongosités qui débordent en quelque sorte la rotule et forment un bourrelet au-dessus de cet os et des saillies plus ou moins prononcées des deux côtés du tendon rotulien. La peau ne présente pas en général de coloration particulière (tumeur blanche), elle reste semblable à celle du membre, mais elle est parcourue par des lignes bleuâtres indiquant un réseau superficiel de veines dilatées. Il y a un amaigrissement du membre et une atrophie des muscles de la cuisse qui donnent à l'ostéo-arthrite un aspect fusiforme tout particulier. Il existe des douleurs spontanées plus ou moins violentes et la pression sur certains points de l'articulation, notamment au niveau de la plate-forme du tibia, est souvent insupportable. Le membre est ordinairement en flexion et il existe un certain empâtement du creux poplité, empâtement qui correspond à l'invasion par les fongosités, des bourses

séreuses qui communiquent avec l'articulation. Les ganglions de l'aîne sont souvent engorgés.

L'état général est plus ou moins bon ; il existe souvent des stigmates de la scrofule sur les autres parties du revêtement cutané et les antécédents soit héréditaires, soit personnels, indiquent qu'on a affaire à la diathèse tuberculeuse.

Tous ces signes joints à l'évolution lente de la lésion font faire le diagnostic ; certaines autres affections pourraient cependant être confondues avec la tumeur blanche. Il faut donc les signaler.

Le *rhumatisme chronique* du genou, dans une certaine forme décrite par Gubler, peut déterminer une transformation du tissu cellulaire qui épaissit sa couche et pourrait, si on n'y prenait garde, le faire confondre avec l'ostéo-arthrite bacillaire ; mais la consistance des parties molles ne ressemble pas tout à fait à celle des fongosités ; de plus les culs-de-sac ne se dessinent pas ; au contraire l'articulation est nivelée et la peau doublée du tissu cellulaire ainsi épaissi forme comme un manchon à la jointure ; enfin il n'existe pas de tare tuberculeuse ; mais on retrouve des poussées de rhumatisme dans les antécédents du malade.

L'*ostéosarcome* de l'extrémité inférieure du fémur ou de l'extrémité supérieure du tibia peut être confondu au début avec une tumeur blanche du genou, d'autant que cette néoplasie peut se développer chez des scrofuleux. Voici les signes qui permettront de différencier les deux affections. Les douleurs seraient plus intenses et non calmées par le repos et l'immobilisation dans l'ostéosarcome ; elles seraient aussi plus limitées à un point.

Règle générale dans l'ostéosarcome qui est juxta-articulaire, les surfaces articulaires ne sont pas envahies et par conséquent les mouvements du genou sont libres et ne font pas souffrir le malade ; mais il est certain qu'il existe des cas rares dans lesquels le néoplasme a envahi l'articulation.

De plus, quand on suit l'évolution de la tumeur blanche, on voit les fongosités se ramollir et arriver à la période de suppuration ; dans l'ostéosarcome la suppuration n'a pas lieu ou, si elle se montre, c'est à la période ultime où le diagnostic s'impose.



Dans le doute, le chirurgien est autorisé à faire une ponction qui donne issue à du sang ; mais pour que cette ponction ait une valeur diagnostique, il faut que la quantité de sang qui s'écoule par la canule soit assez considérable, car les fongosités saignent un peu. On a aussi invoqué le manque d'influence du traitement sur la marche du sarcome et la rapidité d'évolution de celui-ci. Tous ces signes rapprochés les uns des autres ont une certaine valeur ; mais il faut savoir que ce diagnostic est quelquefois épineux et qu'il y a eu beaucoup d'erreurs commises.

L'ostéo-arthrite tertiaire, dénommée autrefois *tumeur blanche syphilitique*, est assez rare, mais se rencontre pourtant au genou et doit être différenciée de l'ostéo-arthrite tuberculeuse. Elle se présente sous deux formes : sous la forme d'*arthrite déformante*, elle ne ressemble pas à la tumeur blanche, mais bien à l'arthrite sèche dont elle se distingue à ce que cette dernière donne lieu surtout à des productions osseuses (ostéophytes, ecchondroses) tandis que l'arthrite syphilitique déforme par destruction en diminuant l'étendue des surfaces articulaires au lieu de les augmenter. Avant d'arriver à la période déformante, elle a passé par la période de *pseudo-tumeur blanche*. On la distinguera de la vraie à ce qu'il n'existe pas de fongosités ; il y a bien du gonflement, de la synovite ; mais la consistance en est fibreuse. De plus il existe des algies spontanées, tandis que la palpation de la région est tout à fait indolente ; enfin il faut tenir compte de l'évolution de la maladie ; la tuberculose aboutit fatalement à la suppuration tandis que l'ostéo-arthrite ne suppure pour ainsi dire jamais.

Le *lipome du genou* doit être aussi signalé. Il détermine comme la tumeur blanche un trouble fonctionnel du membre ; il produit des tuméfactions des culs-de-sac ayant une consistance rappelant celle des fongosités et une certaine douleur pendant les mouvements ; mais cette affection est excessivement rare ; elle n'est pas spontanément douloureuse, ne provoque pas de troubles dans l'état général du malade, laisse le squelette toujours intact et si on examine avec soin l'articulation, on remarque que pendant la flexion la saillie périarticulaire s'accroît, ce qui s'explique facilement, le lipome

sous-séreux qui a envahi l'articulation étant repoussé par les mouvements des condyles.

## 2° La tumeur blanche est suppurée ; elle porte des fistules.

— La présence du pus dans une ostéo-arthrite s'accompagnant des symptômes que nous venons d'énumérer, ne fait qu'affirmer le diagnostic. On peut même dire que la constatation bien nette d'un abcès périarticulaire, qu'il provienne ou non de l'intérieur d'une articulation atteinte d'arthrite ayant évolué d'une façon torpide, doit faire affirmer la tumeur blanche.

On devra donc examiner avec grand soin les régions périarticulaires et porter ses investigations au-dessus de la rotule du côté du cul-de-sac sous-tricipital, du côté des plates-formes du tibia, en un mot sur tout le pourtour du genou, pour y rechercher le symptôme de la fluctuation.

Cette fluctuation est dans certains cas très nette quand la peau s'est amincie, que l'abcès va s'ouvrir spontanément ou qu'il a été réchauffé par une infection secondaire. Alors il s'accompagne de rougeur et de chaleur de la région, en même temps qu'il devient plus douloureux et sa présence ne fait plus aucun doute.

Mais il est plus difficile de préciser le moment où l'ostéo-arthrite va suppurer, car le pus produit par les fongosités ramollies est à ce moment profondément situé, cantonné au milieu même de ces fongosités où il reste quelque temps avant de se frayer un chemin vers l'extérieur.

Il est cependant intéressant pour le choix de l'intervention de savoir s'il y a ou non du pus et on peut préjuger sa formation, même dans les cas où il n'affirme pas sa présence, par l'âge de la lésion, le volume du genou et l'état douloureux de l'articulation à la pression. Il faut du reste savoir que, dans la plupart des tumeurs blanches anciennes, on trouve du pus dans les fongosités de la synoviale et même dans les gaines de certains muscles (demi-membraneux, poplité).

Quand dans une tumeur blanche ayant été mal soignée le pus s'est fait spontanément jour à l'extérieur, il existe des ulcérations ou des fistules qui laissent couler en plus ou



moins grande quantité un liquide séro-purulent mélangé de petits grumeaux. Dans ces cas, le diagnostic est encore plus aisé. On fera l'exploration au stylet qui pourra, si les trajets ne sont pas trop sinueux, pénétrer dans l'intérieur de l'articulation ou arriver sur des surfaces osseuses dénudées.

La tumeur blanche fistuleuse est donc facile à reconnaître ; elle ne pourrait du reste être confondue qu'avec un petit nombre d'autres maladies.

L'*hygroma fongueux* suppuré donne lui aussi naissance à des fistules ; mais il est aisé de constater que ces lésions ne dépassent pas la rotule et qu'elles laissent l'articulation intacte.

Un *abcès ossifluent* provenant d'une ostéite limitée du tibia donne lieu à un abcès localisé à ce niveau et ne compromet pas la jointure.

L'*arthrite ostéomyélique suppurée* accompagnant une ostéomyélite prolongée pourrait aussi donner le change. Elle détermine en effet des fongosités inflammatoires, une flexion angulaire du genou et peut présenter des fistules. Mais l'histoire de la maladie n'est pas la même. L'ostéomyélite débute par des accidents aigus souvent très graves, et c'est le fémur qui est atteint le premier. Dans l'ostéomyélite, les lésions sont limitées à cet os ; dans la tuberculose du genou les lésions sont manifestes du côté du fémur, du côté du tibia et quelquefois de la rotule. Dans l'ostéomyélite, le fémur est hypertrophié d'une façon manifeste et cette augmentation de volume de l'os remonte assez haut du côté de la diaphyse. De plus, dans l'ostéomyélite, le pus fuse dans le triangle intercondylien et y détermine des décollements et même la compression de la veine poplitée, compression qui amène de l'œdème du membre ; enfin l'arthrite consécutive a de la tendance à l'ankylose et, dans les cas anciens, le genou est fixé dans une position angulaire sans qu'on puisse y déterminer la moindre mobilité.

La tumeur blanche ancienne du genou, qu'elle ait suppuré ou non, mais presque toujours quand elle a suppuré, donne lieu à un changement de rapport des deux os qui la composent.

On voit en effet, dans certains cas très rares, une luxation complète du tibia sur le fémur, mais très souvent une *subluxation du tibia en arrière*. Il suffit d'examiner avec soin son malade pour constater ce déplacement, dans lequel l'extrémité supérieure du tibia est portée en arrière et en dehors, tandis que l'extrémité inférieure du fémur fait saillie en avant et en dedans. En même temps le tibia subit une rotation en dehors sur son axe, rotation qui se reconnaît facilement en examinant la pointe du pied, qui elle aussi est portée en dehors. Enfin dans certains cas cette subluxation du tibia en arrière s'accompagne d'une déviation de la jambe en genu valgum, la jambe formant avec la cuisse un angle à sinus externe, en même temps que la rotule peut se déplacer un peu en dehors sur le condyle externe.

Cette subluxation se reconnaît à l'inspection et par la palpation. On sent en effet la saillie du tibia dans la partie inférieure du creux poplitée et les condyles du fémur comme repoussés en avant. On peut du reste rendre la subluxation plus évidente, en menant une ligne qui prolonge en haut le tibia et une autre ligne qui prolonge en bas le fémur ; l'intersection de ces deux lignes ne se trouve plus, comme à l'état normal, au niveau de l'articulation du genou, mais plus haut sur la cuisse.

Il est important de se rendre compte du degré de cette subluxation et de ne pas la confondre avec d'autres lésions qui la simulent ou qui l'exagèrent. C'est ainsi que chez l'enfant, dès que la subluxation en arrière s'ébauche, les condyles du fémur s'hypertrophient et se projettent en avant par le seul fait qu'ils ont quitté leurs rapports normaux avec le tibia. Dans ces circonstances, on peut croire à une subluxation très considérable et il n'en est rien.

Sonnenburg a appelé l'attention sur l'*inflexion du tibia* au niveau de son épiphyse supérieure, inflexion due à une lésion du cartilage juxta-épiphysaire. Le tibia dans ces cas forme un angle à sinus antérieur dont le sommet répond au cartilage épiphysaire, c'est-à-dire presque à l'articulation, si bien qu'à première vue on pourrait penser à une subluxation en arrière ; mais si on cherche à se rendre un compte exact du rapport réel des deux os, on voit, si quelques mouvements



sont possibles dans l'articulation, que le centre de ces mouvements est plus haut que le point d'inflexion du tibia et que l'interligne articulaire correspond à un niveau plus élevé. Dans les cas où la déformation existe d'un seul côté, on a la mensuration à sa disposition. Si en effet, comme le dit M. Kirmisson, on mesure la longueur de la cuisse en prenant comme point de repère inférieur, du côté malade, le sommet de l'angle anormal, on trouve pour le côté déformé une augmentation de longueur qui répond à la portion du plateau tibial existant au-dessus de la courbure de l'os.

On a autrefois attaché une grande importance à la forme anatomique de l'ostéo-arthrite tuberculeuse et on a cherché à diagnostiquer si les lésions avaient débuté par les os ou par la synoviale ; on sait aujourd'hui que le plus souvent le début est osseux ; mais il existe cependant certains cas dans lesquels la synoviale seule est en jeu. On aura des présomptions en faveur de la forme synoviale quand les os ne seront pas augmentés de volume et lorsqu'au contraire les culs-de-sac seront primitivement envahis. Il semble aussi que les mouvements soient conservés plus longtemps quand la synoviale seule est atteinte.

#### DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS ORGANIQUES DU CREUX POPLITÉ

**Affections aiguës.** — Les abcès sont relativement rares au creux poplité. Ils sont ou superficiels (sus-aponévrotiques) et présentent dans cette région les caractères évidents qu'ils ont ailleurs, ou profonds (sous-aponévrotiques) et sont alors plus difficiles à reconnaître. L'aponévrose qui les sépare de la peau rend leurs signes objectifs moins évidents. C'est ainsi que la rougeur ne se montre que tardivement et que la tuméfaction n'est pas très nette ; mais les douleurs sont très vives, ce qui tient à la tension produite par l'aponévrose. La fluctuation profonde est malaisée à sentir et il faudra se baser sur l'état général qui est fébrile, sur la position du membre en flexion, sur la douleur provoquée par ces mouvements et sur la constatation possible d'une porte d'entrée

à l'infection pour établir le diagnostic. Ces abcès n'ont pas, du reste, toujours une lymphangite pour cause, mais naissent sous la dépendance d'une maladie infectieuse ou d'une phlébite et peuvent succéder à une arthrite aiguë, comme nous l'avons dit.

L'abcès aigu du creux poplité a été confondu avec le *coup de fouet* ; mais ce dernier se reconnaît facilement à son début brusque, à la douleur atroce qui coïncide avec la rupture, à l'ecchymose qui ne tarde pas à se montrer. Le kyste du creux poplité peut aussi suppuré ; mais l'interrogatoire du malade décèle l'existence antérieure d'une tumeur ayant les caractères que nous indiquerons plus loin.

Le diagnostic de beaucoup le plus important est celui de l'abcès et de l'anévrisme si fréquent dans la région poplitée. Quand l'anévrisme n'est pas enflammé, ses caractères primordiaux de réductibilité, de battement, d'expansion, de diminution du pouls de la pédieuse permettront de ne pas le confondre avec un abcès soulevé par les pulsations de l'artère poplitée. Lorsque l'anévrisme est enflammé, ses communications avec l'artère peuvent être interrompues et comme il n'existe alors ni réductibilité, ni battements, ni expansion, ni bruits de souffle, mais bien de l'œdème, de la chaleur, de la douleur et une tumeur molle et presque fluctuante, les commémoratifs seuls pourront, comme le dit Broca, éclairer le diagnostic ; on devra demander au malade si, avant l'apparition des accidents inflammatoires, il n'avait pas dans le creux poplité une tumeur indolente et pulsatile.

**Affections chroniques.** — Les affections inflammatoires chroniques ne nous arrêteront pas, car elles ne présentent dans cette région rien de particulier. Ce sont des *abcès froids* qui peuvent naître aux dépens des ganglions poplités et qui présentent ici les caractères que nous avons décrits ailleurs, ou des collections tuberculeuses dues à une ostéite bacillaire du tibia ou du fémur, ou bien encore des abcès secondaires provenant d'une tumeur blanche.



## DIAGNOSTIC DES TUMEURS DU CREUX POPLITÉ

Les tumeurs du creux poplité présentent un intérêt particulier : car c'est le siège de prédilection de deux affections intéressantes, l'anévrisme et le kyste du creux poplité.

Quand on se trouvera en présence d'un malade atteint de tuméfaction de cette région, on devra d'abord rechercher s'il existe ou non de la fluctuation, ce qui permettra de différencier une tumeur liquide d'une tumeur solide. Cette perception de la fluctuation est souvent difficile à sentir à cause de la profondeur du creux poplité qui permet à la tumeur de se dérober et aussi à cause de l'aponévrose qui bride la région. Il faudra donc faire coucher le malade sur le ventre et à l'aide des deux mains palper la tuméfaction, la circonscrire, la fixer pour ainsi dire et y rechercher la sensation de flot. Il faudra pendant cet examen faire fléchir ou étendre la jambe sur la cuisse de façon à relâcher ou à tendre tour à tour la région et à rechercher les modifications que ce changement d'état du membre fait subir à la tumeur.

1° La tumeur est liquide. — Le clinicien devra d'abord reconnaître si elle est ou non réductible en exerçant une compression continue et si elle est animée de battements.

a) La tumeur est réductible et pulsatile. — On a affaire à un anévrisme. Il existe bien des kystes communiquant avec l'articulation et qui réduisent leur liquide dans l'intérieur de la synoviale, mais dans ces cas on voit la rotule soulevée au fur et à mesure de la réduction, et d'autres signes permettent d'affirmer la dilatation artérielle.

Ce sont d'abord les battements, l'expansion de la tumeur, le souffle systolique et intermittent qu'elle présente à l'auscultation, symptômes qui disparaissent ou s'amendent par la compression de l'artère fémorale au-dessus de la tuméfaction.

Il existe de plus d'autres signes qu'il faut toujours rechercher. Le membre est en flexion ; les mouvements sont gênés ; il y a un peu d'œdème au pied, une certaine dilatation vari-

queuse de la veine saphène externe et de son réseau, et, quand l'anévrisme est plus ancien, des complications qui viennent encore confirmer le diagnostic.

Ce sont des troubles nerveux se manifestant par de la parésie des muscles de la jambe, par des fourmillements, un certain engourdissement avec sensation de froid, un peu d'anesthésie.

Enfin dans les cas compliqués on devra rechercher la tendance à la gangrène du pied, à la rupture de la poche anévrismale et examiner le genou pour constater s'il n'y a pas d'hyarthrose.

Tous ces caractères permettront de différencier l'anévrisme du kyste réductible, ainsi que de la varice de la saphène externe (tumeur réductible aussi), tumeurs qui, si elles ont des battements de voisinage, ne présentent pas d'expansion et ne changent pas de volume par la compression de l'artère fémorale. Nous dirons de même des ostéosarcomes du tibia dont nous avons parlé à propos de la tumeur blanche du genou, néoplasmes dont la forme et le volume permettent d'éviter l'erreur ainsi que des abcès ou des adénites de la région.

L'anévrisme reconnu, il faut s'enquérir de sa nature : est-il artériel ou artério-veineux ? Il sera artério-veineux quand on reconnaîtra le bruit de thrill, lorsque le gonflement œdémateux de la jambe sera assez considérable et surtout quand la tumeur aura eu une plaie pour origine.

Il faudra aussi s'assurer du siège précis de l'anévrisme, et constater s'il est situé dans la partie supérieure du losange poplité ou s'il s'enfonce entre les jumeaux à la partie inférieure du creux poplité, ce qui a une certaine importance pour la détermination de l'intervention.

Quand l'anévrisme est solidifié, il rentre dans la catégorie des tumeurs solides. Son diagnostic peut être alors malaisé, car il ne présente pas de symptômes bien définis ; on se servira des commémoratifs montrant, autrefois, une tumeur pulsatile et on arrivera par exclusion à reconnaître la coagulation du sang dans la poche.

b) La tumeur n'est ni réductible ni pulsatile. On a, dans la



grande majorité des cas, affaire à un *kyste du creux poplité*. Ce kyste, dans le cas où il se réduirait dans l'articulation, ne pourrait être confondu qu'avec un anévrisme; nous venons d'indiquer les moyens de différencier ces deux affections.

Le kyste se manifeste encore par de la gêne dans les mouvements, par de la fatigue, et sa consistance peut varier avec les positions du membre, augmentant, par exemple, dans l'extension.

La première question à résoudre est celle de savoir si on est bien devant un kyste; la chose est facile quand la tumeur est nettement fluctuante. S'il y a de la fausse fluctuation, on devra songer au lipome; mais la consistance n'est pas la même, le lipome est lobulé et de plus une ponction pourra lever tous les doutes. Il en sera de même quand la fluctuation pourra faire songer à un abcès ossifluent ou ganglionnaire et aussi lorsque la tension du kyste fera croire à une tumeur solide.

Dans la grande majorité des cas, on fera facilement le diagnostic de kyste et une seconde question se posera: *Ce kyste est-il synovial ou tendineux?* Autrefois la solution de ce petit problème était facile; toutes les fois que le kyste était médian ou réductible, il était de nature synoviale; toutes les fois qu'il était latéral et irréductible, le kyste était tendineux. Aujourd'hui on sait qu'il existe des kystes latéraux qui proviennent de la synoviale articulaire et des kystes non réductibles qui communiquent cependant avec l'articulation, aussi ne peut-on arriver qu'à des présomptions.

Il faudra cependant rechercher toujours la réductibilité. Pour ce faire, on placera le genou en demi-flexion, on fera d'une main une pression continue sur la tumeur; tandis que l'autre main sera appliquée au-devant de l'articulation du genou et percevra son augmentation de volume. On devra se méfier de la fausse réductibilité de certains kystes à pédicule plus ou moins long, que la pression fait disparaître dans le creux poplité et qui paraissent se réduire; dans ce cas, on ne percevra aucun changement du côté de l'articulation du genou.

Quand la réductibilité est évidente, on est bien en face d'un

kyste synovial qui s'accompagne en général d'un certain degré d'hyarthrose qu'il faudra noter.

Le plus souvent on a affaire à un kyste né aux dépens de la bourse séreuse du jumeau interne et du demi-membraneux.

**2° La tumeur est solide.** — Elle présente au creux poplité peu de particularité. Le clinicien se rendra d'abord compte de la forme de la tumeur, de l'état de sa surface; il s'assurera de sa régularité ou de son irrégularité, de la présence ou non de bosselures à sa superficie.

a) *Si la tumeur est régulière et non bosselée*, il devra songer à un anévrisme solidifié, à un ganglion hypertrophié ou à un névrome.

L'anévrisme solidifié ne peut, comme nous l'avons dit, se diagnostiquer qu'à l'aide d'un interrogatoire bien conduit.

Le ganglion hypertrophié sera reconnu à sa marche lente, à la présence dans d'autres régions ganglionnaires de tumeurs analogues, à l'état général du sujet et à ses antécédents scrofuleux.

Le névrome a un diagnostic particulièrement délicat, car on ne peut dans le creux poplité se fier aux troubles de l'innervation pour localiser la tumeur dans le nerf, et cela à cause de la situation du paquet vasculo-nerveux qui, enserré dans des limites inextensibles, est soumis à la compression de toute tumeur en quelque point qu'elle naisse. Il faudra donc surtout tenir compte de la forme de la tuméfaction; le névrome a en effet une forme allongée, en fuseau, suivant la direction des nerfs sciatiques. Ces tumeurs jouissent aussi quelquefois d'une sensibilité toute spéciale et peuvent être multiples.

b) *Si la tumeur est irrégulière, bosselée*, il faudra s'enquérir de la rapidité de son évolution et, si elle a présenté une marche lente, songer à un fibrome rare dans la région ou à un lipome qui, par sa mollesse et sa lobulation, est d'un diagnostic relativement facile.

Lorsque l'évolution a été rapide, il faut immédiatement penser à une tumeur maligne et plus particulièrement au sarcome. Si on est en présence d'un ostéosarcome du tibia,



on le reconnaîtra facilement à sa non-localisation dans le creux poplité, car la néoplasie porte sur toute l'extrémité supérieure du tibia et présente les signes que nous avons retracés plus haut.

Mais, dans le creux poplité, il existe une catégorie de *sarcomes* assez rares du reste, nés aux dépens du *fascia lata* et ayant une physionomie un peu particulière. Cette tumeur, après être restée latente pendant des mois, prend soudainement une évolution très rapide. Elle se rencontre particulièrement chez l'homme, donne lieu à des douleurs parfois très vives, débute bien entendu par le côté externe du creux poplité et ne tarde pas à devenir adhérente aux parties profondes et même plus tard à la peau. Sa consistance est irrégulière et présente de la fluctuation par places, ce qui est dû à la présence assez fréquente de kystes dans son intérieur. Enfin elle ne présente que très rarement du retentissement ganglionnaire du côté du pli de l'aîne.

## RÉGION DU COU-DE-PIED OU TIBIO-TARSIENNE

ANATOMIE CLINIQUE. — EXPLORATION

La région du cou-de-pied doit être limitée, ainsi que l'in-

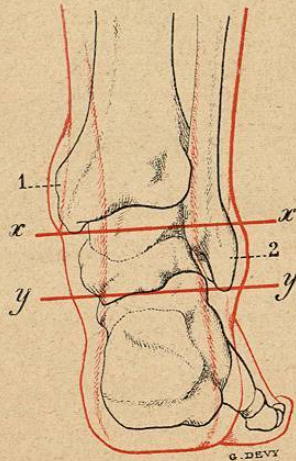


Fig. 59. — Extrémité inférieure vue par la face postérieure.

1, malléole tibiale. — 2, malléole péronière. — *xx*, ligne horizontale menée par le sommet de la malléole interne. — *yy*, ligne horizontale menée par le sommet de la malléole externe.

diquent Velpeau et Richet, de la façon suivante: en haut, par une ligne circulaire passant à la base des deux malléoles;