

Nous devons rappeler, toutefois, qu'il est exceptionnel de voir l'ostéo-sarcome envahir les articulations voisines; d'autre part, dans les arthrites fongueuses, généralement le gonflement porte à peu près également sur toutes les parties constituantes de l'articulation; il n'est pas uniquement limité, soit au fémur, soit au tibia, comme c'est le cas dans l'ostéo-sarcome. L'absence de suppuration est encore une circonstance qui fera éliminer l'idée d'une affection fongueuse ou tuberculeuse.

b. *Tumeurs du creux poplité.* — Les néoplasmes développés dans l'intérieur du creux poplité sont intéressants par les phénomènes graves de compression auxquels il peuvent donner lieu, en même temps que par les difficultés du diagnostic dont ils sont parfois l'origine.

Les kystes hydatiques du creux poplité constituent de très rares exceptions; les lipomes de la région poplitée sont rares également; ils sont susceptibles d'atteindre un grand volume et de remonter très haut vers la cuisse, en suivant le trajet du grand nerf sciatique.

Un groupe très nombreux et très important est constitué par les néoplasmes qui se développent aux dépens des nerfs de la région. Ces tumeurs sont de nature variable; on y trouve des fibromes, des sarcomes et des myxo-sarcomes. Ces tumeurs prennent naissance, soit dans l'intérieur du même nerf en comprimant et en atrophiant les filets nerveux, soit à sa périphérie, en refoulant seulement le nerf dont les filets peuvent demeurer intacts. Il en résulte ce fait important au point de vue du diagnostic, que bon nombre de tumeurs des nerfs se développent en dehors de tout symptôme qui permette de les rattacher à leur véritable origine. Dans d'autres cas, il existe des douleurs, des élancements, ou même des phénomènes de paralysie dans la zone où se distribuent les filets émanés du nerf envahi par le néoplasme.

A côté des tumeurs ayant leur point de départ dans les filets nerveux, il est des sarcomes qui se développent, soit dans le tissu cellulaire, soit dans les aponeuroses de la région. Ces sarcomes du creux poplité ne sont pas rares; ils peuvent se montrer chez de jeunes sujets, aussi bien que chez des malades avancés en âge, et ils mettent quelquefois très longtemps à accomplir leur évolution. Leur origine peut être dans les feuillets aponévrotiques, et notamment dans la très forte aponévrose *fascia lata*. Lorsque le néoplasme occupe le côté interne du creux poplité, les muscles couturier et demi-membraneux peuvent être envahis primitivement ou secondairement. Parfois la tumeur a son point de départ dans la gaine des vaisseaux poplités. Cosserat⁽¹⁾ rapporte un cas intéressant de cette nature. Le néoplasme entourait l'artère et la veine sur une étendue de 7 à 8 centimètres. Les tuniques externe et moyenne de l'artère étaient saines, la tunique interne était enflammée, et l'artère renfermait un caillot volumineux. Dans un autre cas, la veine était remplie de bourgeons sarcomateux. L'origine de ces tumeurs peut être également dans le périoste et dans les os qui ferment le squelette de la région. Mais, dans ce dernier cas, souvent le néoplasme envahissant l'os dans toute son épaisseur fait également saillie à la partie antérieure du genou.

Diagnostic des tumeurs du creux poplité. — Si nous envisageons, au point de vue clinique, les différentes affections qui peuvent se montrer dans la région

⁽¹⁾ COSSERAT, *Étude sur les tumeurs fibro-plastiques de la partie inféro-externe de la cuisse et de la région poplitée*. Thèse de doct. de Paris, 1869.

poplitée, et y former tumeur, nous reconnaissons que les unes affectent les caractères des tumeurs liquides, présentant une fluctuation plus ou moins nette, les autres sont des tumeurs solides. Parmi les tumeurs liquides elles-mêmes, il en est qui sont pulsatiles, d'autres qui ne présentent pas de battements; il en est qui sont réductibles, d'autres dont le volume ne peut être diminué.

Les anévrysmes ont pour caractères d'être des tumeurs liquides à la fois pulsatiles et réductibles. Les kystes poplités sont également des tumeurs liquides, rénitentes; un certain nombre d'entre eux présentent ce caractère de diminuer de volume par la pression; ils sont donc réductibles, mais ils ne possèdent pas de battements.

On rencontre parfois dans le creux poplité des tumeurs qui sont formées par des dilatations ampullaires de la saphène externe. Ces tumeurs se reconnaissent à leur coloration bleuâtre; elles sont réductibles; le malade est manifestement variqueux.

Quant aux tumeurs liquides qui ne sont ni pulsatiles, ni réductibles, elles doivent être différenciées les unes des autres, et aussi de certaines tumeurs solides, à qui leur consistance donne le caractère de la fluctuation, comme les lipomes et les myxomes.

Il est des abcès de la région poplitée, dont les uns sont des abcès chauds, les autres des abcès froids. Parmi les abcès chauds, nous devons citer les abcès ganglionnaires qui se montrent consécutivement aux inflammations lymphangitiques de la jambe et du pied. Les abcès froids sont en rapport, soit avec des affections de l'extrémité inférieure du fémur, soit avec des inflammations fongueuses de l'articulation du genou. Il en est de même des abcès qui sont en rapport avec des lésions osseuses plus éloignées, du bassin ou de l'extrémité inférieure du rachis; d'où la nécessité d'examiner ces régions, si l'on ne trouve pas au voisinage même de l'abcès l'explication de sa production. Les abcès constituent des tumeurs plus ou moins volumineuses, siégeant sur la ligne médiane, et généralement au-dessus de l'interligne articulaire du genou.

Certaines tumeurs solides, avons-nous dit, peuvent présenter une consistance qui en impose pour la fluctuation. De ce nombre sont les lipomes; outre que leur siège n'a rien de fixe, et n'est pas en rapport avec l'existence des bourses séreuses de la région, les lipomes présentent une mobilité que ne possèdent ni les abcès, ni les kystes.

Certains myxomes des nerfs sont assez fluctuants pour en imposer pour des tumeurs liquides; il est d'ailleurs des tumeurs solides, comme les myxomes, les sarcomes, qui possèdent des kystes dans leur intérieur, ce qui complique encore le problème. Dans un cas de Berkeley Hill⁽¹⁾, un homme de vingt-six ans présentait une tumeur du creux poplité gauche, du volume d'un fruit de cacao, légèrement lobulée, élastique et fluctuante pendant la flexion de la jambe. La peau n'était pas adhérente; il n'y avait pas de phénomènes de compression, pas d'engorgement ganglionnaire. On porta le diagnostic de kyste, et l'on fit une ponction. Mais à peine s'était-il écoulé quelques grammes de liquide séreux teinté de sang, que la canule fut obliterée par un petit bouchon gélatineux, dans lequel le microscope permit de constater des cellules embryonnaires arrondies ou fusiformes. La tumeur fut enlevée, et l'on reconnut qu'elle était constituée par un kyste

⁽¹⁾ BERKELEY HILL, *Case of cystic sarcoma of the popliteal space*. *The Lancet*, vol. I, p. 418, 1878.

de la paroi interne, duquel se détachait un chou-fleur sarcomateux remplissant presque entièrement sa cavité. Ce fait prouve qu'il ne faut pas avoir une confiance absolue dans la ponction ; il peut se faire que le liquide soit trop épais pour s'écouler par la canule ; mais on ne devra jamais négliger l'examen histologique des débris solides qui peuvent être ramenés par le trocart.

Restent les tumeurs solides du creux poplité. Tout d'abord il faut songer à la possibilité d'une tumeur constituée par un sac anévrysmal oblitéré ; ce sont les commémoratifs qui, seuls, pourront, dans ce cas, mettre sur la voie du diagnostic, en apprenant que la tumeur solide a été précédée de l'existence d'une tumeur pulsatile, réductible, présentant, en un mot, tous les symptômes qui caractérisent les anévrysmes artériels.

Quant aux tumeurs ganglionnaires, elles sont généralement bosselées, lobulées ; intimement en rapport avec les vaisseaux, et surtout avec la veine poplité ; elles peuvent donner naissance à de l'œdème. Comme elles sont très rarement primitives, il faut toujours examiner avec soin le pied et la jambe, pour reconnaître s'il n'existe pas quelque lésion cancéreuse ou tuberculeuse qui tient sous sa dépendance l'engorgement ganglionnaire.

Les tumeurs des nerfs se peuvent reconnaître aux phénomènes de compression ; mais, nous l'avons dit, il n'est pas exceptionnel de voir ces tumeurs se développer sans donner naissance à aucun phénomène de cet ordre. On n'a alors pour se guider que le siège occupé par le néoplasme, qui répond au point occupé par les grosses branches du sciatique poplité externe ou interne ; on se base aussi sur les caractères présentés par la tumeur qui est fusiforme, à grand axe vertical ; enfin, mobiles dans le sens transversal, les tumeurs des nerfs sont complètement immobiles de haut en bas.

L'ostéo-sarcome fait intimement corps avec l'os ; en outre, il est rare qu'il soit entièrement limité au creux poplité, et qu'il ne fasse pas une saillie plus ou moins considérable vers la face antérieure de l'articulation.

Quant aux sarcomes dont le point de départ est dans le tissu conjonctif ou dans les plans aponévrotiques, on le reconnaît d'après les signes qui servent à déterminer d'ordinaire les tumeurs malignes, forme bosselée, consistance inégale, tendance à l'envahissement des parties voisines. Leur marche est très irrégulière ; parfois elles semblent sommeiller pendant plusieurs années ; puis, tout d'un coup, quelquefois sous l'influence d'un traumatisme, elles prennent un développement considérable.

Une question dont la solution a une grande importance au point de vue du diagnostic, c'est celle des rapports de la tumeur avec les gros vaisseaux et nerfs de la région. Les troubles de la sensibilité et du mouvement peuvent dénoter la participation des nerfs ; la compression veineuse se traduira par de l'œdème et la dilatation des veines superficielles ; les artères résistent mieux à la compression ; il peut toutefois y avoir diminution des battements artériels, et même, dans certains cas exceptionnels, du sphacèle. C'est ainsi que, dans un cas de Mallins, il y eut, à la suite de l'oblitération de l'artère poplité par un kyste à échinocoques, un sphacèle du membre nécessitant l'amputation (1).

(1) *The Lancet*, 1885, vol. I, p. 658.

4° TUMEURS DE LA CUISSE

Déjà nous avons mentionné les tumeurs du fémur, exostoses, chondromes, ostéo-sarcomes. Les exostoses ostéogéniques, avons-nous dit, se montrent surtout au niveau de l'extrémité inférieure du fémur, mais elles peuvent affecter d'autres sièges, témoin le fait de Duguet (1) relatif à une exostose ostéogénique du petit trochanter ; une ponction exploratrice révéla l'existence d'une bourse séreuse au-devant d'une tumeur osseuse non dénudée ; le malade ayant succombé à une fièvre typhoïde, on put constater que la masse osseuse avait le volume du poing d'un enfant de sept à huit ans et présentait des saillies lobulées en forme de chou-fleur. Gillette (2) a rencontré, dans le service de M. Péan, une exostose insérée sur le petit trochanter, exostose pédiculée, de forme lobulée ; elle était revêtue par une bourse séreuse qui l'avait fait prendre pour un kyste. Nous-même nous avons opéré, en 1889, à l'Hôtel-Dieu, un homme qui portait une exostose à la partie postérieure du grand trochanter gauche ; la tumeur venait irriter le nerf sciatique et déterminait des douleurs si violentes que nous dûmes en pratiquer l'ablation (3).

Le chondrome s'observe rarement au fémur ; sur 104 cas de chondromes du squelette, Heurtaux en compte 8 seulement pour le fémur. Bien qu'il soit habituellement limité à l'extrémité inférieure de l'os, il peut cependant envahir toute la diaphyse et donner naissance à des tumeurs énormes, comme chez ce malade dont parle Nélaton dans une de ses leçons, et que le volume énorme de sa cuisse avait fait surnommer l'homme-ballon.

Nous n'avons point à revenir sur l'ostéo-sarcome du fémur dont nous avons déjà parlé à propos des tumeurs du genou. On trouve également au fémur des exemples de kystes multilobulaires. Le plus connu de tous est celui cité par Nélaton : ce chirurgien a présenté, en 1844, à la Société de chirurgie, une énorme tumeur du fémur gauche, étendue depuis la base du grand trochanter jusqu'à 2 centimètres au-dessus des condyles, et résultant de l'agglomération d'une multitude de kystes, du volume d'une noix environ. Ces cavités renfermaient une sérosité sanguinolente ; leur surface interne était tapissée par une membrane lisse, ayant l'aspect des membranes séreuses.

Les kystes hydatiques sont très rares au niveau du fémur ; sur 52 cas de kystes hydatiques des os, M. Gangolphe, dans sa thèse, en compte 6 ayant pour siège l'os de la cuisse ; sur ce nombre, 4 fois les extrémités épiphysaires étaient seules atteintes ; dans 3 cas, la tête et le col avaient disparu en plus ou moins grande partie, consécutivement à l'envahissement de la hanche par des hydatides. On peut être mis sur la voie du diagnostic par la production d'une fracture spontanée. C'est ce qui eut lieu dans un cas présenté par M. Duplay (4) à la Société de chirurgie. Ce malade fut atteint d'une fracture spontanée du col du fémur, la consolidation se fit, mais la fracture se reproduisit à plusieurs reprises dans l'espace de deux ou trois ans. Dans ces conditions, M. Duplay dut pratiquer la désarticulation de la cuisse ; dans 5 des observations citées par M. Gangolphe, la désarticulation devint nécessaire.

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, 1865, p. 547.

(2) *Union méd.*, 1874, 5^e série, t. XVIII, p. 821.

(3) KIRMISSON, *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur*. Paris, 1890, p. 577.

(4) *Bull. de la Soc. de chir.*, 1885, p. 105.

A côté des tumeurs osseuses nous devons citer les néoplasmes dont le point de départ est dans les parties molles. A la cuisse, comme partout ailleurs, on peut rencontrer des molluscums, des angiomes, des papillomes, des lipomes, des épithéliomas, des sarcomes. Nous n'insisterons pas sur ces diverses tumeurs.

Parmi les lipomes de la cuisse, il en est qui atteignent un volume considérable; le siège d'élection de ces tumeurs est la région interne de la cuisse. Elles y prennent parfois la forme pédiculée. M. Panas a présenté à la Société de chirurgie une tumeur de ce genre ⁽¹⁾; dans la même séance, Dolbeau rapporte qu'il avait eu l'occasion d'enlever plusieurs tumeurs analogues siégeant à la partie interne de la cuisse. A côté de ces lipomes sous-cutanés, on observe aussi, mais très rarement, des lipomes sous-aponévrotiques. Kœberlé ⁽²⁾ a enlevé une tumeur de ce genre chez un homme de cinquante ans; située à la partie interne de la cuisse, elle avait 50 centimètres de diamètre vertical sur 21 centimètres de largeur; la cuisse malade mesurait 77 centimètres de circonférence, tandis que la cuisse saine n'en avait que 48. La tumeur reposait directement sur les vaisseaux fémoraux; il ne s'agissait pas d'un lipome pur, mais bien d'un fibro-lipome. J'ai observé autrefois, à l'Hôtel-Dieu de Nantes, un des plus volumineux fibromes de la cuisse qui se puisse rencontrer. Cette tumeur est la même qui a été décrite par M. Heurtaux (de Nantes) ⁽³⁾: « J'ai vu à l'amphithéâtre de dissection de l'École de médecine de Nantes, dit cet auteur, sur le cadavre d'une femme, un fibrome de la cuisse gauche d'un très gros volume. Cette femme, de petite taille, âgée de vingt-huit ans, portait sa tumeur depuis six ans. La production, née dans l'aponévrose *fascia lata*, avait une circonférence de 102 centimètres dans le sens de la longueur, et de 74 centimètres dans le sens transversal, et pesait 25 livres, le tiers environ du poids total du sujet. La masse morbide était uniquement composée d'un tissu fibreux type, dense, blanchâtre, à faisceaux entrelacés, et ne montrant au microscope que des éléments connectifs serrés. »

Les sarcomes des parties molles sont également susceptibles d'acquérir un grand volume. Leur point de départ habituel est dans l'aponévrose *fascia lata*, mais ils peuvent aussi se développer dans la gaine des vaisseaux fémoraux, ce qui rend beaucoup plus difficile et plus périlleuse leur extirpation. Volkmann a rapporté (*in* Pitha et Billroth) 2 cas de sarcomes siégeant, l'un dans le couturier, l'autre dans les muscles adducteurs. Ce sont là des faits exceptionnels, car le sarcome se développe très rarement dans le tissu musculaire.

Indépendamment des kystes hydatiques qui se montrent dans l'épaisseur du fémur et auxquels nous avons déjà fait allusion précédemment, il est des tumeurs de même nature développées au milieu des parties molles. Davaine, dans son *Traité des entozoaires*, en rapporte 5 exemples. Dans ces dernières années, M. Lannelongue a présenté à la Société de chirurgie ⁽⁴⁾ un kyste hydatique situé dans les muscles de la région postéro-interne de la cuisse chez un jeune garçon de dix ans. A ce propos, il insiste sur les préceptes donnés autrefois par Denonvilliers pour reconnaître les tumeurs hydatiques développées dans l'épaisseur des muscles. « Une tumeur siégeant dans les muscles, tumeur

⁽¹⁾ Bull. de la Soc. de chir., 29 oct. 1871.

⁽²⁾ Gaz. heb., 1869, p. 179.

⁽³⁾ HEURTAUX, art. FIBROME du Dict. de Jaccoud.

⁽⁴⁾ LANNELONGUE, Bull. et mém. de la Soc. de chir., séance du 4^e février 1888, p. 117.

dure, de forme régulière, à évolution lente, disait ce professeur, est presque toujours un kyste hydatique. »

Mais il est, parmi les tumeurs de la région postérieure de la cuisse, un groupe spécial sur lequel nous devons insister, c'est celui des tumeurs qui ont leur point de départ dans l'épaisseur du nerf sciatique. Jusqu'ici le nombre de ces tumeurs paraît excessivement restreint; mais l'importance qui s'attache à leur étude est considérable, tant à cause de la gravité des symptômes auxquels elles donnent lieu que vu l'importance des opérations qu'elles nécessitent.

Tumeurs du nerf sciatique. — Velpeau, dans son *Anatomie chirurgicale*, cite 2 cas de tumeurs du sciatique enlevées par lui : « Une tumeur squirrheuse du volume d'un œuf d'autruche, dit-il, qui s'en était fait une sorte de kyste au-dessous de l'ischion et que j'ai enlevée avec succès en 1856, n'avait causé avant l'opération et n'a fait naître depuis aucun symptôme de paralysie. Il en a été de même d'un stéatome pesant 8 livres, qui l'avait transformé en membrane dans la même région. ⁽¹⁾ »

M. Trélat ⁽²⁾ a présenté, en 1875, à la Société de chirurgie, un cas de fibromyxome développé depuis un an environ, sur un jeune homme de vingt-deux ans. C'est par hasard que ce jeune homme s'était aperçu de l'existence de cette tumeur qui s'était développée sans donner naissance à aucun symptôme de gêne ou de douleurs. L'ablation de cette tumeur nécessita la résection du nerf sciatique, avec lequel elle était fusionnée dans une étendue de 15 centimètres. Les suites de cette opération furent favorables, en ce sens que la cicatrisation de la plaie fut obtenue le seizième jour. Mais il y eut une atrophie rapide du membre avec œdème et production d'une eschare; la paralysie motrice et sensitive fut complète dans toute la zone innervée par le nerf réséqué. Le 24 mai 1876, M. Trélat présentait son opéré à la Société de chirurgie, et il disait : « Ce jeune homme marche avec une remarquable facilité, et presque sans claudication, en se servant de son membre comme il le ferait d'un membre artificiel, car l'innervation ne s'est rétablie dans aucune des parties paralysées à la suite de l'opération. »

M. Marchand ⁽³⁾ a communiqué à la Société de chirurgie également l'observation d'un sarcome du nerf sciatique qu'il a opéré en 1877. Il s'agissait d'un homme de trente-huit ans, qui portait, à la partie postérieure de la cuisse, une tumeur volumineuse, allant de la partie moyenne du membre à la partie supérieure du creux poplité. Comme chez le malade de Trélat, il n'y avait rien d'anormal dans les fonctions du membre, ni anesthésie, ni hyperesthésie, pas de troubles trophiques. Pendant l'opération, on trouva la tumeur intimement fusionnée avec le nerf sciatique; aussi ce dernier dut-il être sectionné à 5 centimètres au-dessus du néoplasme, qui fut détaché de haut en bas, puis complètement isolé par la section des nerfs sciatiques poplités externe et interne à leur origine. Quatre mois après, l'état du malade était le suivant : atrophie de la jambe avec œdème, anesthésie complète dans la zone innervée par le sciatique. La marche est possible, facile même, bien qu'un peu gênée.

Notre collègue, M. Bouilly ⁽⁴⁾, a publié l'observation d'un sarcome du nerf sciatique droit, pour lequel il a dû pratiquer la résection du nerf dans l'étendue

⁽¹⁾ VELPEAU, *Anat. chir.*, t. II, p. 556.

⁽²⁾ TRÉLAT, Bull. et mém. de la Soc. de chir., 17 octobre 1875, et 29 mars et 24 mai 1876.

⁽³⁾ MARCHAND, *Ibid.*, 25 juillet 1879.

⁽⁴⁾ BOUILLY, *Arch. gén. de méd.*, 1879.