

Lorsque le malade contracte les muscles de sa jambe, la tumeur devient difficilement palpable.

La jambe relâchée, on peut mobiliser légèrement la masse sur le plan osseux.

Les mouvements du genou sont normaux, il n'y a ni atrophie musculaire, ni adénopathie. La radiographie ne décèle aucune lésion osseuse. Comme il semble y avoir de la fluctuation, la ponction est pratiquée mais reste négative.

L'intervention est pratiquée le 3 juillet sous anesthésie générale après pose de la boucle d'Esmarch. Incision longitudinale sur le grand axe de la tumeur, après avoir traversé l'aponévrose est une mince couche musculaire étalée en arrière sur la paroi blanchâtre d'un kyste bien limité qui se laisse bien isoler des tissus environnants. Pendant la libération de la partie profonde qui adhère au muscle, la poche se déchire et il en sort des masses gélatineuses jaune ambré. On pratique l'ablation complète de la poche qui remonte jusqu'à l'insertion supérieure du long péronier latéral. Les muscles qui entourent sont tapissés d'une couche gélatiniforme que l'on extirpe. Suture de l'aponévrose et de la peau.

Le malade sort 12 jours après et est revu trois mois plus tard; il ne se plaint d'aucune douleur.

L'examen histologique qui a été pratiqué a montré qu'il s'agit d'un pseudo-kyste du à la forme des tissus conjonctifs avec dégénérescence gélatiniforme progressive.

Les kystes "dits synoviaux", s'ils sont très fréquents au niveau de l'articulation du poignet, se rencontrent tout de même quoi que plus rarement, au niveau des autres articulations, en particulier au genou. Cette dernière localisation doit être d'une rareté relative puisque les classiques, et pas tous encore, ne font que la signaler comme possible.

C'est sur cette dernière localisation que nous voulons insister.

Les quelques observations que nous avons relevées sont pour ainsi dire superposables au malade de Guillot quant à l'évo-