

à peu la mobilité. Dans le cas de douleur trop vive ou de résistance insurmontable, on aurait recours au chloroforme et l'on romprait les adhérences dans une seule séance.

Lorsque l'ankylose est angulaire, l'intervention est de rigueur, quelle que soit la cause de l'affection primitive. On soumettra le malade au chloroforme et, par des mouvements successifs de flexion et d'extension, on ramènera le membre à la rectitude et on l'immobilisera dans cette position, séance tenante. Si les tendons du jarret apportaient obstacle au redressement, ce qui est fort rare, on en pratiquerait la section sous-cutanée.

Deux circonstances peuvent s'opposer à la manœuvre précédente : la subluxation du tibia en arrière et la soudure osseuse des surfaces articulaires. Dans le premier cas, le redressement aurait pour résultat de luxer complètement le tibia dans le creux poplité et exposerait à de graves dangers ; dans le second, la manœuvre est impossible. Si le malade ne veut pas se contenter d'un pilon ou d'une semelle haute, la seule ressource pour opérer le redressement est la résection cunéiforme par la méthode de Rhéa-Barton.

Pour décrire la synoviale du genou, supposons-la partir de la face postérieure de la rotule. Elle recouvre toute cette face, sauf en bas dans le point où s'attache le ligament rotulien. Voyons comment elle se comporte en haut, en bas et en arrière.

*En haut*, elle tapisse la face profonde du tendon rotulien et, arrivée à une certaine distance, variable de 1 à 4 ou 5 centimètres suivant les sujets, elle se réfléchit sur le fémur en formant un cul-de-sac. D'après Cruveilhier, ce cul-de-sac communique avec la synoviale par une partie rétrécie, et quelquefois même en est tout à fait indépendant. Sappey ne considère pas ce fait comme démontré et, sur un grand nombre d'articulations examinées à ce point de vue n'en a pas trouvé d'exemple. C'est également l'opinion de Richet. Je suis, pour mon compte, arrivé aux mêmes conclusions que Cruveilhier. J'étudiai ce point spécial lorsque j'étais prosecteur de la Faculté, et j'engageai l'un de mes élèves d'alors, le Dr Bouquet, à en faire l'objet de sa thèse inaugurale. Quinze genoux furent consacrés à cette étude, et je n'ai pas besoin d'ajouter qu'ils étaient sains. L'indépendance de la bourse sous-tricipitale existe, mais elle est de beaucoup l'exception, puisqu'elle ne se rencontre qu'une fois. Dans ce cas, la synoviale s'arrêtait à 2 centimètres au-dessus de la poulie condylienne. Au-dessus de ce cul-de-sac se trouvait une cavité, haute également de 2 centimètres, parfaitement close et exempte de tout cloisonnement.

Sur deux autres sujets, la synoviale du genou et la séreuse sous-tricipitale communiquaient entre elles par un orifice étroit, large de 2 centimètres et n'en mesurant que 1 dans le sens antéro-postérieur. Elles étaient, si l'on veut, séparées par un diaphragme percé d'un trou.

Dans plusieurs autres cas se rencontrait un cloisonnement moins accusé. Enfin, sur la moitié des sujets environ on ne constatait aucune ligne de démarcation entre les deux cavités. Il est donc absolument certain que la bourse séreuse du triceps peut être normalement indépendante de la synoviale du genou. C'est, d'ailleurs, ce que l'on observe sur la plupart des nouveau-nés, la communication ne s'établissant que plus tard entre les deux cavités.

M. Schwartz a de nouveau étudié ce point d'anatomie sur une plus grande