

**Procédés d'ablation de l'astragale.**—*Congrès français de chirurgie.*—M. REVERDIN (de Genève) fait une communication sur un procédé d'extirpation de l'astragale et résection tibio-tarsienne. Voici les conclusions de ce travail :

**CONCLUSIONS.**—On peut diviser les procédés de résection tibio-tarsienne en procédés à incisions jambières et procédés à incisions tarsières.

Tandis que les procédés à incisions jambières répondent aux indications ordinaires des résections traumatiques primitives ou consécutives, les procédés à incisions tarsières sont en général préférables pour les résections pathologiques : ils permettent plus facilement que les premiers d'examiner directement la nature et l'étendue des lésions articulaires, et de les poursuivre partout où elles se sont développées.

A l'occasion d'un cas d'ankylose tibio-tarsienne incomplète avec équinisme, j'ai imaginé un procédé à incision tarsienne postéro-externe; il m'a donné un excellent résultat et il peut s'appliquer, avec quelques modifications, soit à la résection tibio-tarsienne, soit à l'extirpation de l'astragale.

Dans le premier cas (résection tibio-tarsienne), le tendon d'Achille et les tendons des péroniers latéraux sont sectionnés; dans le second cas (extirpation de l'astragale), le tendon d'Achille peut être respecté.

Lorsque, l'astragale enlevé, on s'apercevrait que les malléoles sont atteintes, il serait toujours facile de compléter l'incision en arrière pour avoir plus de jour et pour les réséquer sans difficultés.

On pourrait de même transformer la résection entreprise en une amputation tibio-tarsienne à lambeau plantaire interne, si celle-ci était reconnue nécessaire au cours de l'opération.

Mon procédé a l'avantage de ménager les vaisseaux et les nerfs du pied, de donner beaucoup de jour pour l'examen de la jointure et d'être d'une exécution facile et rapide.—*Gazette des hôpitaux.*

**Trépanation du crâne.**—*Congrès français de chirurgie.*—M. Jules BŒCKEL (de Strasbourg) fait une communication sur la trépanation préventive du crâne. Il rappelle les titres de Sédillot à ce sujet, comment cette opération a été si longtemps méconnue et mal jugée, combien nombreuses sont devenues les indications, surtout depuis la méthode antiseptique, de quelle façon la doctrine de Sédillot est aujourd'hui répandue en Allemagne, etc.

M. Bœckel a fait lui-même neuf trépanations et a eu neuf succès; il en a fait cinq secondaires et a eu deux succès et trois morts. Tous ses opérés jouissent de leurs facultés intellectuelles.

M. MOLLIÈRE (de Lyon) fait une communication ayant pour but de démontrer qu'on ne saurait se baser sur les localisations cérébrales pour appliquer la trépanation tardive. Il cite, comme exemple, l'observation d'un homme de vingt-quatre ans, ayant reçu un coup de canne plombée sur la région fronto-pariétale gauche. Il eut ensuite de l'aphasie et de l'hémiplégie droite. Il n'y avait pas de fracture du crâne. Une trépanation, faite au niveau du point où il sentait une légère dépression, fit arriver sur un foyer hémorragique. Les accidents n'en furent pas amendés. Une aspiration faite avec la seringue resta également sans résultat. Le malade succomba. A l'autopsie, on trouva un immense foyer hémorragique; on ne trouva aucune lésion