

C'est ce qu'en pense Dressmann, et il conseille de faire coucher le malade autant que possible sur le côté droit, les membres inférieurs fléchis sur le bassin et les genoux fléchis; ou place un coussin entre les deux genoux pour éviter la pression, et un autre coussin derrière le dos. Cette position du malade n'empêche pas de placer une vessie de glace sur l'abdomen. En cas de péritonite dans le petit bassin, il faut élever la partie supérieure du corps de façon à limiter la péritonite et à aider sa localisation en cette région et à droite. En suivant ces indications, on ne saurait naturellement garantir l'évolution favorable de l'appendicite; mais cette position, qui est d'ailleurs très bien supportée par les malades, paraît à l'auteur préférable au décubitus dorsal.

Luxations dites congénitales de la hanche. (FROELICH, Cong. franç., Chirurgie, 1907.)

Ces luxations sont divisées en trois groupes par l'auteur :

1° Luxations congénitales traumatiques à cavités normales; elles se produisent dans la vie intra-utérine par la pression lente de l'utérus quand il y a peu de liquide amniotique, ou bien par l'adduction exagérée des fémurs et l'action musculaire pelvi-crurale qui complète le débâtement; ou bien par un choc ou une chute sur le ventre; ou dans l'accouchement par le siège.

2° Localisations tératologiques ou malformations primitives de la jointure; ce sont les plus nombreuses.

3° Localisations pathologiques ou acquises.

La guérison est la règle dans le premier groupe; elle est moins fréquente dans les deux autres où les améliorations sont très nombreuses, mais où l'on compte des échecs.

Traitement chirurgical des kystes hydatiques du poulmon. (VAUTRIN, Cong. franç., chirurgie.)

M. Vautrin, de Nancy, traite ce sujet et se limite aux kystes sans adhérences, les autres ne prêtant à aucune difficulté opératoire.

Sous un tableau clinique de tuberculose hémoptoïque, la radiographie diagnostique le kyste par l'ombre régulière qu'il donne.

Le traitement est la pneumotomie avec pneumothorax opératoire. Celui-ci n'est pas grave s'il est fait lentement, si l'exploration pulmonaire est rapide, si au moment de la pneumotomie on fixe le poulmon à la plèvre pariétale en traversant une épaisseur assez grande de tissus.

Est-il utile après l'opération de faire le vide dans la cavité pleurale? M. Vautrin ne le croit pas; c'est inutile, si le pneumothorax a été fait aseptiquement; s'il y a eu contamination de la plèvre il faut drainer.

Z. RHÉAUME.