

bilisant le bassin et la cuisse dans une position légère d'abduction, comme s'il s'agissait d'une coxalgie.

Si le résultat est bon, si vous avez obtenu une néarthrose solide, si le raccourcissement ne dépasse pas un ou deux centimètres ($\frac{1}{2}$ à $\frac{2}{3}$ de pc.), vous pouvez vous tenir pour satisfait; car une opération sanglante ne vous aurait rien donné de mieux.

Si au contraire, vous n'obtenez rien de bon, si la tête a tendance à remonter de plus en plus dans la fosse iliaque et le raccourcissement à s'accroître, c'est alors qu'il faut recourir à la méthode sanglante."

AMPUTATION DU MEMBRE SUPÉRIEUR, DE L'OMOPLATE ET DES DEUX TIERS EXTERNES DE LA CLAVICULE, communication du Dr Armstrong à la Société Médico-Chirurgicale de Montréal.—*Montreal Medical Journal*, Vol. XXIV, No 9.

Le Dr Armstrong présente une malade chez laquelle il a enlevé tout le membre supérieur, d'après la méthode décrite par Paul Berger en 1887, pour un sarcome myéloïde de l'épaule. Incision profonde sur la clavicule, depuis le bord du muscle sterno-mastoïdien jusqu'à l'articulation acromio-claviculaire. Incision longitudinale du périoste sur toute la longueur de l'os, et circulaire à chaque extrémité. Décollement du périoste à la rugine, enlèvement du tiers moyen de la clavicule à la scie. Dissection du muscle sous-claviculaire à l'extrémité interne de l'os, et ligature de l'artère et de la veine sous-clavières, qui sont sectionnées. L'opérateur taille ensuite le lambeau antéro-inférieur, puis le lambeau postéro-supérieur. Le reste de l'opération s'accomplit facilement, sans hémorrhagie. Le plexus brachial est divisé très haut.

Il n'y a pas de choc, à cause de l'absence d'hémorrhagie. La patiente se relève très bien et quitte l'hôpital le dix-septième jour.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES MÉTRITES BLENNORRHAGIQUES (*Semaine gynécologique*, 31 mars 1896.)—M. APPERT étudie le diagnostic et le traitement des métrites blennorrhagiques.

L'examen digital et l'examen au spéculum font tous deux reconnaître la physionomie clinique de l'endométrite blennorrhagique et ne permettent pas de la confondre avec les autres formes de métrites. Le col utérin non altéré, les lèvres lisses, la petitesse de l'orifice externe en sont les signes principaux.

La blennorrhagie étant une localisation de l'infection gonococcique chez la femme, on devra éviter toute propagation à l'intérieur de l'utérus et aux trompes, s'abstenir d'intervention intra-utérine, de cathétérisme, de dilatation à la laminaire ou à la bougie de Hégar: même interdiction pour les lavages intra-utérins, dans la phase aiguë, ou au moins, ne pas dépasser l'orifice interne. Mais le curettage est de toutes ces interventions la plus dangereuse. Il ouvre les voies à l'absorption des gonocoques dans la profondeur. Le curettage amène souvent de l'élévation de température, des douleurs dans le bas-ventre avec péritonisme, parfois même de véritables pelvi-péritonites. Les toxines blennorrhagiques absorbées par les voies veineuses peuvent provoquer des réactions articulaires arrivant jusqu'à l'arthrite.

Dans les blennorrhagies aiguës limitées au col, on met, au début, le malade au repos. Injections vaginales avec solution de permanganate de potasse à 1/2000, deux fois par jour. Atteintements avec la solution de bleu de méthylène, ou