

Le Dr Bardet répudie la vésication cantharidée, mais il conserve la médication révulsive, si utile dans certains cas : névralgies, douleurs thoraciques, etc.

Le Dr Créquy rappelle que certaines parties du corps sont plus tolérantes que d'autres ; les membres, par exemple, sont plus tolérants que la cage thoracique. Une hydarthrose, même considérable, est nettement améliorée par l'application d'un vésicatoire. Il s'agit simplement d'être prudent dans l'emploi de cette médication.

Le Dr Mathieu est d'avis qu'on peut se passer du vésicatoire, même dans la pleurésie. Les plaies cutanées sont toujours inutiles, sinon dangereuses. La pleurésie est une maladie qui a tendance à guérir par elle-même, comme beaucoup d'autres.

Le Dr Capitan partage cette manière de voir. Il ne fait exception que pour les petits vésicatoires employés contre la salpingite et certaines dyspepsies douloureuses.

Le Dr Huchard soutient de nouveau son idée : les quelques succès du vésicatoire ne compensent pas ses inconvénients.

La discussion s'est prolongée durant toute la séance du 25 mars, et n'a rien amené de nouveau. Les défenseurs les plus zélés du vésicatoire, comme le Dr Ferrand, ont eux-mêmes admis que ce mode de traitement expose à l'absorption toxique, à des troubles du côté du rein, et les résultats heureux sont limités à un nombre de cas très restreint. Tout le monde a admis que le maniement du vésicatoire est dangereux, demande des précautions, et beaucoup pensent, avec Huchard, qu'il vaut mieux s'en passer.

L'APPENDICITE ET SON TRAITEMENT, communication de M. LeDentu à l'Académie de Médecine, séance du 24 mars 1896.—*Bulletin Médical*, vol X, No 25.

Le professeur Dieulafoy a amené récemment devant l'Académie de Médecine la question de l'appendicite. Il est d'avis que les accidents graves qui surviennent lorsque l'appendice est enflammé sont produits par la rétention dans la cavité de matières stercorales ou autres et de corps étrangers. Les germes maintenus dans une cavité close se développent avec plus de facilité et peuvent même déterminer l'inflammation du péritoine sans qu'il y ait perforation, simplement en transsudant à travers ou en infiltrant la paroi congestionnée. On peut démontrer expérimentalement ce passage des micro-organismes à travers la paroi de l'appendice en liant chez un animal une anse intestinale. La rétention du contenu de l'appendice est amenée par un rétrécissement dû à un calcul ou à l'épaississement de la paroi dans une portion limitée. Telle est la théorie de Dieulafoy, et qui est généralement admise.

Le professeur LeDentu est de la même opinion, quant à la cause. Il désire surtout attirer l'attention du corps médical sur les dangers de la temporisation dans le traitement des appendicites. Sans doute, toutes les appendicites ne nécessitent pas l'intervention chirurgicale. Mais il ne faut pas s'endormir dans une dangereuse sécurité. Le péril est quelquefois difficile à reconnaître ; dès qu'on l'a reconnu, il faut se hâter d'agir. Comme l'a dit M. Dieulafoy, on ne regrette jamais d'être intervenu ; on regrette quelquefois de n'être pas intervenu du tout ou de n'être pas intervenu au moment opportun. La médecine doit, très souvent et à temps, appeler la chirurgie à son secours.

LeDentu est d'avis qu'il ne faut pas intervenir chirurgicalement dans tous les cas d'appendicites, et à n'importe quelle période de la maladie. Il faut savoir choisir le moment opportun. Il croit, avec Roux, de Lausanne, qu'une intervention en pleine péritonite aiguë est dangereuse.

Voici la description que donne LeDentu des cas favorables à l'abstention. « Une douleur plus ou moins brusque, plus ou moins vive se déclare dans la fosse iliaque droite. De ce point partent des irradiations sous forme de coliques générales. Le malade vomit deux ou trois fois, ou ne vomit pas. Puis un