

tiples. Enfin, en suturant, au niveau du trait de fracture, les deux lèvres fibro-périostiques, on rend encore l'affrontement plus régulier.

DES MOYENS DE FAIRE TOLÉRER LA SONDE A DEMEURE CHEZ LES PROSTATIQUES, communication du Dr A. Guépin à l'Académie de Médecine.—*Bulletin Médical*, Vol. X, No 31.

Il est d'un intérêt majeur, dans le plus grand nombre des cas de prostatite sénile avec rétention, de faire que la sonde mise à demeure pour un temps variable suivant les circonstances, soit convenablement tolérée et fonctionne régulièrement.

Les moyens employés à cet effet sont les uns *usuels* et depuis longtemps bien connus, les autres *moins connus* bien qu'aussi utiles à connaître.

Les moyens usuels sont : le choix éclairé de la sonde, quant à sa composition, sa forme et son calibre ; sa mise en place méthodique ; sa fixation ; son bon fonctionnement contrôlé par l'observation de l'écoulement de l'urine et des injections faites dans la vessie.

Comme moyens moins connus il y a : 1o l'*injection vésicale* faite après l'écoulement de l'urine, pour calmer les fausses envies d'uriner qui suivent la miction ; 2o la *suppression* de tout ce qui comprime ou rétrécit l'extrémité du canal : atrésie, ectopie du méat, atrésie préputiale.

L'INTERVENTION SANGLANTE ET LE TRAITEMENT MÉCANIQUE DANS LES LUXATIONS CONGÉNITALES DE LA HANCHE, conclusions des leçons cliniques faites par le Dr KIRMISSON à l'Hospice des Enfants Assistés.—*Bulletin Médical*, vol. X, Nos 30 et 32.

Le traitement des luxations congénitales de la hanche est à l'ordre du jour en ce moment dans les différentes sociétés savantes. Voici les idées du Dr Kirmisson à ce sujet.

Les interventions par la méthode sanglante ne sont pas absolument sans danger ; tous les chirurgiens qui les ont tentées ont perdu des malades. L'opération est souvent longue et difficile, comme le prouvent la durée des interventions, la possibilité d'hémorragies graves, de paralysies. L'opération n'est pas absolument certaine dans ses résultats. Tous les chirurgiens ont eu des récidives.

“ Cette leçon, dit le professeur, n'est pas faite contre l'opération sanglante, bien loin de là ; j'en fais tous les jours et j'en ferai encore à l'avenir. J'ai même la conviction que nous arriverons à perfectionner l'opération de façon à la rendre plus bénigne et à améliorer les résultats. Mais je considère comme mon devoir de vous faire connaître l'état actuel de la science et de protester contre les assertions erronées qui sont émises à ce sujet. Je conclurai donc en disant : non, l'opération n'est pas absolument exempte de dangers ; elle est souvent longue et difficile et elle est encore incertaine dans ses résultats.”

Voici maintenant ce que dit le Dr Kirmisson du traitement mécanique.

“ Nous devons chercher à faire le diagnostic le plus tôt possible ; c'est là un problème délicat, le déplacement de la tête fémorale et le raccourcissement étant à ce moment très peu marqués ; l'exploration est rendue encore plus difficile chez les tout jeunes enfants par l'épaisseur du pannicule adipeux sous cutané. Dès que le diagnostic est établi, il faut instituer un traitement mécanique convenable, dans l'espoir d'établir une néarthrose solide avec un minimum de raccourcissement ou même quelquefois, mais rarement, une réduction véritable.

Le traitement mécanique doit consister en une immobilisation prolongée jointe à l'emploi de l'extension continue. Le membre sera placé dans l'abduction, de façon à favoriser le contact permanent entre l'os iliaque et le fémur ; une gouttière articulée *ad hoc* permettra de réaliser facilement cette situation. Puis quand, au bout d'un temps variable, six à huit mois, une néarthrose solide aura été obtenue, il faudra commencer à faire marcher le malade, en le soutenant, non avec la ceinture de Dupuytren, mais avec un appareil en cuir moulé immo-