

La résection de la hanche, sur 37 opérés, en a fait succomber 11. Il emploie une incision d'abord parallèle aux fibres du fessier puis contournant le trochanter et se terminant parallèlement à l'axe du fémur. Il enlève les deux trochanters et arrondit la section. Il ne pratique l'opération que lorsque tous les autres moyens ont échoué et qu'il y a menace de mort. L'opération augmente en gravité avec l'âge du patient. Sur 51 cas de résection du genou, Ashurst en a perdu 5. Il ne fait qu'une seule incision transversale et enlève toujours la rotule. Il excise avec soin toute synoviale malade, et dans le but de hâter la guérison, il enlève, ou fait le curage de la bourse séreuse du triceps. L'opération donne de bons résultats.

L'auteur considère la résection du cou-de-pied comme la plus difficile à pratiquer. Il opère par une incision entourant la malléole externe et se prolongeant au-devant du cou-de-pied jusqu'aux tendons extenseurs, puis remontant dans le sens du pérone aussi haut qu'il est désirable. Une seconde incision longitudinale est faite sur l'extrémité du tibia. Ce n'est que dans cette résection et celle du poignet qu'il emploie l'appareil d'Esmarch. Le docteur Ashurst a fait la plupart de ses résections antiséptiquement, mais réclame pour la vieille méthode d'excellents succès. Il croit que la méthode antiséptique, non seulement diminue la fréquence des pansements, mais abrège la période de convalescence.

Dans les cas d'*obstruction intestinale*, le docteur SENN et la plupart des autres chirurgiens sont d'avis d'intervenir chirurgicalement aussitôt le diagnostic établi.

Le docteur McGuire, de Richmond, présente un mémoire sur la création d'un *urètre artificiel fistuleux à la suite de taille hypogastrique dans les cas d'hypertrophie considérable de la prostate*; l'opération lui aurait donné d'excellents résultats. La plupart des chirurgiens présents paraissent d'accord à ne pas employer la taille suspubienne comme opération ordinaire, mais de la réservier pour les cas non opérables ou difficilement opérables par la voie périnéale, le choix judicieux en étant laissé au chirurgien.

Les conclusions du docteur E. MEARS, de Philadelphie, sur l'*opportunité de l'intervention chirurgicale dans les cas de perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde* sont : Que l'intervention n'est pas justifiable lorsque la fièvre est à son summum. Elle trouverait son indication dans les cas légers où la perforation se fait après la troisième semaine ou durant la convalescence.

Sur les mérites relatifs de l'*intubation et de la trachéotomie*, les membres ne paraissent guère s'accorder, mais généralement ils estiment que cette dernière est la plus certaine, surtout si elle est faite sans anesthésique.

Dans un travail sur la *chirurgie chez la femme enceinte*, le docteur M. TIFFANY, de Baltimore, pose les conclusions suivantes : La grossesse étant une condition physiologique ne contrindique pas une opération chirurgicale, pourvu que cette opération évite