

sont lâches et placés à une certaine distance les uns des autres, de manière à laisser à l'amadou imprégné de sang la faculté de se gonfler et d'exercer sur la muqueuse une compression efficace. On graisse ce cône avec du beurre ou du suif et on l'introduit en vrillant. On le fixe à l'aide d'une bandelette de sparadrap passant sous la narine et venant se fixer sur les côtés du nez. Morand dit avoir presque toujours réussi à l'aide de ce moyen, qui lui semble plus efficace et d'une application moins pénible que l'éponge préparée.

Si l'on se sert de charpie, il vaut mieux employer le tamponnement en queue de cerf-volant, pratiqué à l'aide de petits bourdonnets de coton noués en ligne sur un même fil.

Quel que soit le mode de tamponnement antérieur qui soit employé, il convient d'exercer une compression sur la narine tamponnée : on y arrive à l'aide du doigt ou bien avec un pince-nez ou une *drogue* analogue à celle des soldats.

Pour pratiquer le double tamponnement, on se sert de la sonde de Belloc des troussees. On l'introduit sur le plancher de la fosse nasale, et, quand elle est arrivée derrière le voile du palais, on pousse le mandrin portant un œil à l'extrémité d'un ressort d'acier; la courbure de celui-ci l'amène dans la bouche, et, cela fait, on attache à l'œil de la sonde un bourdonnet de charpie de la grosseur du pouce et de 5 centim. de longueur, par un fil double qu'il porte à son centre; un fil simple placé à l'opposite de celui-ci doit rester dans la bouche, et on le fixe à l'une des commissures; le ressort rentre alors par traction dans la sonde, et le bourdonnet, guidé au besoin par le doigt, étant appliqué sur l'orifice postérieur de la fosse nasale, on écarte les deux fils; on leur interpose de la charpie enfoncée par l'orifice antérieur et on les noue sur elle. Le sang est ainsi arrêté par les deux bourdonnets; il s'accumule dans la narine et exerce une compression hémostatique. Quand on veut retirer le tamponnement, on désobstrue la narine, et le tampon postérieur est retiré par des tractions opérées sur le fil ménagé à cet effet.

Le tamponnement double n'est heureusement nécessaire que dans des circonstances exceptionnelles; il est difficile à appliquer, principalement chez les enfants; il est pénible, et enfin l'adaptation, presque toujours imparfaite, du tampon à l'orifice nasal postérieur, le rend souvent inefficace.

Le tampon appliqué, il faut, bien entendu, par l'emploi des moyens ordinaires, seconder son action et abréger, autant que possible, la durée du temps pendant lequel il doit demeurer en place.

CHAPITRE IV

Incision des gencives

L'opinion médicale est très partagée relativement à l'utilité de l'incision des gencives chez les enfants en état d'évolution dentaire et qui présentent des accidents cérébro-rachidiens, pulmonaires ou gastro-entériques. Cette pratique, systématiquement et théoriquement repoussée comme n'atteignant pas son but ou comme ayant des inconvénients, nous paraît au contraire si utile et si inoffensive, nous nous en trouvons tellement bien, qu'on nous permettra d'insister longuement sur ce point de thérapeutique infantile.

Les recherches assez nombreuses auxquelles nous nous sommes livré à ce sujet ne nous ont pas permis de trouver trace de cette pratique chez les auteurs anciens. Hippocrate n'en dit pas un mot; Galien ne la signale pas davantage; Paul d'Égine, qui a consacré son premier livre à des détails plus que minutieux sur l'hygiène et les maladies de la première enfance, signale une foule de moyens propres à remédier aux accidents de la dentition, mais il passe celui-ci sous silence. Oribase, dont la vaste compilation embrasse à peu près toutes les œuvres qui l'ont précédé, est dans le même cas. C'est dans Vésale et dans A. Paré, qui vivaient tous les deux dans la première moitié du XVI^e siècle, que l'on trouve la première indication de ce moyen; mais ils le conseillent sans lui assigner aucune date historique, ce qui permet de penser que c'est là une de ces ressources qui ont pris naissance un peu partout et qui, du domaine de l'expérience vulgaire, ont pénétré peu à peu dans celui de la science.

Le passage d'A. Paré relatif à cette question est assez intéressant pour que nous croyions devoir le reproduire ici : « Or souventes fois, dit le chirurgien de Charles IX, tels remèdes ne prouffent de rien à raison que la gencive est fort dure, qui est cause que les dents ne peuvent la percer : dont s'ensuit, par la tension d'icelle, que les enfants ont extrêmes douleurs, dont s'ensuit la fièvre et autres accidents susdits, et enfin la mort. Et pour ce, ie suis d'avis que le chirurgien face une incision sur la gencive et sur la dent pour lui ouvrir le passage, afin qu'elle sorte plus facilement. Ce que j'ai fait à mes enfants en présence de M. Le Fèvre, médecin ordinaire du Roy et de Madame la princesse de la Roche-sur-Yon, et de MM. Hautin, Courtin, docteurs-régents en la Faculté de médecine de Paris, et de Jacques Guillemeau, chirurgien ordinaire du roy et iuré à Paris; mesme, aucunes nourrices, de leur instinct naturel,

deschirent le dessus de la gencive avec leur ongle, afin de faire voye aux dents qui veulent sortir. Or, il ne sera hors de propos de réciter cette histoire : Mgr de Nevers m'envoya quérir pour anatomiser son fils mort, âgé de huit mois, ou environ, auquel n'était percé aucune dent. Ayant diligemment regardé qui pouvoit estre cause de la mort, n'en fut trouuée aucune, sinon qu'il auoit les gencives fort dures, grosses et enflées, et les ayant coupées par dessus, trouuay toutes les dents prestes à sortir pour le peu d'aide qu'on y eust fait en coupant la gencive: ce qui fut conclud des médecins présents et de moi que la seule cause de sa mort estoit que la nature n'auait été assez forte pour percer les gencives et pousser les dents dehors à raison que par l'aage qu'il avait, elles étaient plus dures qu'à un moins d'aage que la sienne. » (A. Paré, *Œuvr. compl.*, édit. Malgaigne, 1840, t. II, p. 798.)

Les précautions par lesquelles A. Paré justifie ses idées sur l'utilité de l'incision des gencives prouvent au moins que, de son temps, elle n'était pas habituellement pratiquée. Quoi qu'il en soit, il ne paraît pas qu'on lui ait attribué une grande importance, car les deux œuvres dominantes du XVII^e siècle, celles d'Ettmuller et de Daniel Sennert, n'en font pas mention. Van Swieten en parle dans des termes peu enthousiastes et lui attribue des inconvénients, tout à fait imaginaires, à mon avis. (*Gerardi van Swieten med. doct. commentaria in Hermannii Boerhaavi aphorismos*; Paris, 1765, t. IV, p. 667; 1877.) Parmi les modernes, Trousseau et Guersant ont adopté les idées de van Swieten et ont entraîné à leur suite la plupart de nos praticiens; tandis que les médecins anglais, en particulier Harris, Cooper, Bromfield, Copland, se sont déclarés partisans de l'incision des gencives et ont démontré l'inanité des dangers attribués à cette petite opération.

Les arguments qui ont été invoqués contre elle sont purement théoriques; et, là où il eût suffi de s'en tenir aux simples résultats de l'expérience, on s'est efforcé de prouver à priori, par des raisonnements spécieux, qu'elle ne pouvait atteindre son but et qu'elle n'était pas exempte d'inconvénients. On a dit successivement que l'incision des gencives était inhabile à provoquer la sortie de la dent, — que le tissu cicatriciel qui lui succède peut, à raison de sa dureté, constituer à son issue un obstacle autrement sérieux que celui qu'elle rencontre dans la résistance de la gencive elle-même — que l'incision prématurée de la capsule dentaire peut préjudicier à la qualité et à la conservation de la dent. Voyons ce qu'il faut penser de la valeur de ces reproches.

La poussée des premières dents étant le résultat complexe d'un double travail d'achèvement de ces ostéides, renfermés dans leur follicule, et de résorption de la partie du tissu gingival qui recouvre leur couronne, il tombe sous le sens que, si la dent est imparfaitement développée, l'incision sera tout à fait inutile, ou du moins n'agira que comme moyen de défluxionner la gencive; mais ce n'est pas là le cas le plus habituel, puisque l'utilité de l'incision ne se montre que quand la gencive est soulevée par la dent. Quant à la crainte de voir le tissu cicatriciel résultant de l'incision s'opposer ultérieurement à la sortie de la dent, c'est là un argument que Trousseau a emprunté à van Swieten, mais auquel je ne saurais, malgré l'autorité de ces deux grands noms, accorder une importance bien réelle : « *Si vero*, dit le commentateur de Boerhaave, *profundiùs adhuc adhæreat dens, vulnusculum hoc inflictum brevi consolidabitur et cicatricula resistet magis postea erupturo. Fama etiam medici insigniter periclitatur si incisionem suaserit, nec hac factâ dens appareat. Novi contigisse ut dens octo mensibus post factam incisionem eruperit tantùm.* » (*Op. cit.*, p. 667.) J'ai peine à concevoir, je l'avoue, que cet inconvénient existe réellement. De deux choses l'une: ou l'incision est superficielle, et la cicatrice légère qui la suit ne doit offrir qu'une résistance insignifiante; ou elle est profonde, et alors la rétractilité extrême du tissu gingival éloigne les lèvres de l'incision cruciale et ne permet guère à une cicatrice de se former. D'ailleurs, ainsi que le fait judicieusement remarquer Copland, si la cicatrice retardait l'issue de la dent, il ne serait pas plus difficile de la diviser qu'il n'a été difficile de diviser la gencive elle-même. Pour ce qui est, enfin, du préjudice causé à la dent par l'opération, il est difficile d'y voir autre chose qu'une allégation toute théorique et démunie de preuves. Nous ne parlons pas des accidents immédiats, tels que l'hémorrhagie, le danger des convulsions, quand la section gingivale est incomplète, etc.; nous avons toujours vu le léger écoulement du sang provoqué par l'incision s'arrêter de lui-même; et quant à la seconde crainte, singulièrement exagérée par Rosen de Rosenstein, elle nous paraît bien plus reposer sur l'induction que sur l'expérience.

C'est donc à celle-ci qu'il faut recourir exclusivement pour juger de la valeur et de l'innocuité de ce moyen. Or des témoignages graves plaident en sa faveur. Sans parler de ceux des médecins anglais que j'ai cités tout à l'heure, on trouve dans les auteurs un bon nombre de faits qui sont très-démonstratifs à cet égard. Richard (de Nancy) a cité l'observation d'un enfant qui, faisant ses molaires, était pris de crises léthargiques ef-

frayantes : les yeux étaient fixes, insensibles à la lumière; le visage pâle et décoloré, le pouls lent, les membres flasques, la peau froide; l'incision des gencives fit disparaître cet appareil de symptômes menaçants. (Richard, *Traité des maladies des enfants*; Paris, 1839, p. 162.) Murat, qui se montre partisan du débridement, a rapporté, d'après Robert, le fait célèbre attribué au médecin Lemonnier : « Un enfant, dit-il, après avoir beaucoup souffert de ses dents, mourut et fut mis au suaire. M. Lemonnier, ayant affaire chez la sevrée où cet enfant avait perdu la vie, après avoir rempli son objet, fut curieux de connaître l'état des alvéoles dans un cas où l'éruption des dents n'avait pu se faire. Il fit une grande incision aux gencives; mais, au moment où il se préparait à poursuivre son examen, il vit l'enfant ouvrir les yeux et donner des signes de vie. M. Lemonnier appelle des secours; on débarrasse l'enfant de son suaire, on lui prodigue des soins; les dents sortent et l'enfant recouvre la santé. » (*Dictionn. des sciences méd.*, t. VIII, p. 419.) Je n'insiste pas sur ce fait, qui rappelle un peu trop, par son faux air de merveilleux, cet enfant tombé d'un clocher, dont il est question dans le *Médecin malgré lui*. J'aime mieux résumer une observation que j'ai recueillie moi-même et qui montre, à mon avis, tout le parti que l'on peut tirer de la section des gencives dans les maladies convulsives de l'enfance.

Une petite fille de dix-huit mois est prise d'entérite cholérique dans le cours d'une dentition laborieuse. Les accidents, assez menaçants d'abord, ne tardent pas à être enrayés; les dents ne paraissent pas, la fluxion gingivale persiste. Je cesse de la voir. Les selles se régularisent, l'appétit revient; on la fait sortir. Un matin, vers quatre heures (la nuit avait été très-calme), l'enfant pousse un cri; sa mère court au berceau et la trouve roidie, ayant les membres inférieurs dans un tel état de rigidité contracturale qu'on eût pu la soulever d'une seule pièce en la prenant par les pieds; du reste, à part une vive expression de souffrance, pas de troubles généraux graves. Cette contracture persiste vingt-quatre heures sans que les moyens très-variés qui sont mis en usage puissent en venir à bout; à ce moment une détente s'établit dans un des membres, qui devient moins roide; on peut fléchir l'articulation du genou, et, dans la soirée, les extrémités inférieures ont perdu presque complètement leur roideur. Les gencives continuent à être tuméfiées et douloureuses. Le surlendemain dans la nuit, la contracture reparait, plus intense et plus générale que la première fois. Les accidents ont une physionomie beaucoup plus grave; les muscles respiratoires sont dans un état de contracture des plus menaçants;

l'hématose est gravement troublée et la mort paraît imminente. Tout moyen étant resté inutile, les points des gencives qui paraissent tuméfiés sont profondément incisés en croix. Une demi-heure après, amendement inespéré : la contracture diminue, la respiration se régularise; le soir, les membres inférieurs ont recouvré leur souplesse; la rétraction des incisions gingivales laisse plusieurs dents à découvert. L'évolution de celles-ci se fit, dès lors, librement et sans troubles. Un rétablissement complet ne se fit pas attendre.

Plus récemment, chez une petite fille de vingt mois en proie à une pneumonie des plus graves survenue dans la période catarrhale de la coqueluche, et compliquée d'une poussée laborieuse des canines, j'ai pu constater les meilleurs résultats du débridement des gencives.

L'éclampsie dentaire me paraît être l'indication principale de cette petite opération. Toutes les fois que des convulsions se manifestent chez des enfants qui présentent une ou plusieurs dents saillantes ou qui ont un nombre impair de dents, je n'hésite pas à la pratiquer. On a certainement exagéré l'intervention de la dentition dans les maladies de la première enfance et l'on est disposé à lui attribuer presque toutes les éclampsies qui se manifestent à cette époque de la vie; mais il faut reconnaître cependant que c'est là une des causes les plus fréquentes des maladies convulsives de l'enfance. Quand on voit, d'ailleurs, une écharde sous la peau amener le tétanos, qu'y a-t-il d'étonnant à ce qu'une épine dentaire irritant le tissu gingival produise, elle aussi, des convulsions, et quoi de plus rationnel que d'y remédier en débridant les gencives. Il y a un certain nombre d'années, étant auprès d'un enfant qui se mourait d'éclampsie, je constatai que le frottement rude des gencives supprimait l'attaque; les yeux convulsés reprenaient leur direction normale et la respiration se régularisait. Peut-être y a-t-il là un moyen de distinguer une éclampsie dentaire de celle qui est due à une autre cause; ce fait prouve au moins quelle relation directe existe entre l'état des gencives et la manière d'être du cerveau.

L'éclampsie me paraît, je le répète, constituer l'indication la plus ordinaire de l'incision des gencives; mais les symptômes graves de cœco-colite, de choléra infantile, de catarrhe pulmonaire profond et de pseudo-méningite, qui compliquent si souvent le travail de dentition, la réclament également, à mon avis, et au même titre. Qu'elle agisse en défluxionnant la gencive par la petite quantité de sang qui s'écoule; qu'elle ouvre une voie à la dent dont la racine doit peser sur le fond de l'alvéole et sur la ramification nerveuse qui lui est destinée; ou bien qu'elle

produise une simple contrefluxion douloureuse, peu importe l'explication si le fait clinique est démontré, et il l'est très-complètement, à mon avis. Là où l'incision des gencives ne peut pas davantage, elle soulage au moins, et, depuis que je la pratique, je suis encore à lui chercher un inconvénient.

Le manuel de cette petite opération est des plus simples; mais encore faut-il savoir la pratiquer pour la bien faire. A l'exemple de Harris et de van Swieten, je rejette formellement l'usage du bistouri et de la lancette, qui exposent à blesser la joue ou la langue, qui égratignent la gencive plutôt qu'ils ne la divisent, et peuvent s'ébrécher et s'épointer sur la dent. Le sécateur des gencives et le déchaussoir valent mieux; mais je préfère de beaucoup le canif de poche ordinaire, à lame courte et large, coupée en biseau à son extrémité (*cujus dorsum in densitatem novaculæ æmulum assurgat*, comme le dit van Swieten); on peut avec cet instrument, qui n'a pas besoin d'être très-affilé, exercer une pression considérable. Une incision longitudinale suffit pour les incisives et les canines; il en faut une cruciale pour les molaires. On doit aller jusqu'à sentir nettement le heurt de la lame contre la dent. L'écoulement de sang qui suit cette incision est d'habitude très-moderé; il faut veiller seulement à ce que l'enfant, alléché par la saveur salée du sang, n'en entretienne pas l'écoulement par succion. Si le sang avait de la peine à s'arrêter, la pression du doigt ou un morceau d'amadou imbibé de perchlorure de fer en viendraient à bout aisément. Jusqu'à présent, je n'ai pas eu besoin de recourir à ces moyens, d'ailleurs si simples.

CHAPITRE V

Excision des amygdales

L'excision des amygdales peut devenir nécessaire à raison de l'hypertrophie originelle de ces organes, de leur induration par suite d'inflammations réitérées et enfin d'une étroitesse rachitique de la voûte palatine, disposition avec laquelle coïncide forcément le rapprochement des amygdales et qui a les mêmes conséquences mécaniques que celles qui résultent de l'hypertrophie de ces glandes. L'état strumeux est, de plus, une condition de développement anormal des amygdales; c'est même la plus commune.

Les inconvénients d'amygdales volumineuses, obstruant en partie l'isthme du gosier, sont multiples. Il faut signaler d'abord l'irritation de ces glandes par le frottement mécanique du bol

alimentaire; d'où des angines tonsillaires incessantes, le timbre nasonné et désagréable de la voix, le cauchemar, comme j'en ai récemment observé un exemple chez un enfant qui m'a été amené de Cette, la surdité, et enfin des déformations graves du thorax, signalées pour la première fois en 1827 par Dupuytren, puis par Waren, Colson, et enfin par Alph. Robert, qui a vu ces déformations, en voie d'accroissement, s'arrêter ou même disparaître complètement après l'excision des amygdales.

On peut sans doute, dans un certain nombre de cas, arriver, par un traitement général et local, à résoudre des hypertrophies des amygdales quand elles ne sont pas très-anciennes; mais l'incertitude et la longueur désespérante de ce traitement doivent lui faire préférer l'opération, dont le résultat est certain et qui, d'ailleurs, bien pratiquée, est affranchie de tout danger. Il faut toutefois reconnaître que, très-facile chez l'adulte, qui ouvre largement la bouche et ne résiste pas, elle offre d'assez grandes difficultés chez l'enfant, à raison de son indocilité et de la frayeur que lui inspire la vue de l'instrument.

Pour pratiquer l'amygdalotomie chez l'enfant, il faut le faire asseoir sur les genoux d'un aide vigoureux, qui passe une de ses jambes au-devant de celles du petit patient pour le contenir, et qui maintient avec ses bras son torse et ses bras; tandis qu'un second aide fixe sa tête sur sa poitrine, abaisse sa langue et maintient sa bouche ouverte (Alph. Robert). Ce chirurgien distingué conseille, si l'enfant s'obstine à ne pas ouvrir la bouche, de l'y contraindre par la douleur que détermine la compression exercée au niveau des articulations temporo-maxillaires, par l'aide qui maintient la tête. Des appareils ont été imaginés pour maintenir la bouche ouverte et abaisser la langue; mais ils ont le double inconvénient de ne pas se trouver partout sous la main et de rétrécir le champ, déjà si restreint, sur lequel les instruments qui pratiquent l'amygdalotomie ont à opérer.

Il vaut mieux se servir d'un double bouchon de liège, à encochure médiane, et que l'on pousse jusqu'aux dernières molaires.

L'amygdalotome de Fahnestock, modifié par Mathieu, est un instrument très-commode depuis qu'on peut le manœuvrer avec une seule main et qu'on peut graduer l'épaisseur des tissus à exciser. Dubrueil (*Éléments de médecine opératoire*, Paris, 1875, p. 530) donne, avec la plupart des chirurgiens, l'avantage à cet instrument sur le bistouri, à raison de la rapidité de sa manœuvre et des garanties qu'il offre contre la lésion des tissus avoisinants. Dans le cas où les amygdales sont friables ou bien quand l'instrument de Fahnestock fait défaut, on se sert d'une pince de Museux, ou de celle de Robert, qui n'en est qu'une modification,

et d'un bistouri boutonné dont on recouvre la lame d'une étroite bandelette de diachylon, de façon à ne laisser saillir que deux ou trois centimètres de sa partie coupante. L'enfant étant tenu convenablement et les mâchoires étant écartées, on saisit l'amygdale avec la pince, on la fait saillir, et le bistouri tenu le tranchant en haut l'excise en sciant. « Ce manuel opératoire, dit Alph. Robert, est le plus souvent d'une exécution prompte ; mais chez les très-jeunes enfants, si la tête n'est pas solidement fixée, le moindre mouvement fait déchirer l'amygdale, ordinairement molle et friable à cet âge ; le sang qui s'écoule empêche l'opérateur de bien voir ce qu'il fait. Certains enfants poussent des cris tels que leur tête se couvre de sueur. Leur face devient violacée, et l'on est obligé de suspendre à plusieurs reprises l'opération, tant l'asphyxie paraît imminente. Quelquefois aussi des lambeaux d'amygdale, à moitié détachés, font craindre l'accident observé par Moscati, et il faut alors se hâter de porter au fond de la gorge une pince à polype et d'enlever ces débris flottants, soit en les arrachant, soit en les coupant avec des ciseaux courbes. » (Alph. Robert, *Mémoire sur le gonflement chronique des amygdales chez les enfants*, in *Bullet. de therap.*, t. XXIV, p. 343, et t. XXV, p. 27.)

L'hémorrhagie est le seul accident à craindre, et il est généralement très-peu redoutable : on en vient à bout en faisant gargariser le patient avec de l'eau vinaigrée, de l'eau frappée, additionnée de perchlorure de fer ; en portant cette solution hémostatique au contact de la plaie à l'aide d'un pinceau ou d'un tampon ; en appliquant sur sa surface, au moyen de longues pinces, un fragment de glace ; ou bien en faisant intervenir le fer rouge. On conseille aussi d'introduire jusqu'au niveau de l'amygdale une branche, garnie d'amadou, d'une pince à polypes, et de prendre un point d'appui avec l'autre branche sur l'angle de la mâchoire inférieure. En général, ces manœuvres sont inutiles, et l'hémorrhagie s'arrête, soit spontanément, soit sous l'influence des soins les plus simples.

Les jeunes médecins auraient tort de se laisser détourner de l'amygdalotomie par la crainte d'une lésion possible de la carotide interne, dans le point où l'une de ses courbures atteint la base de l'amygdale. Les hémorrhagies mortelles observées jusqu'ici ne sont survenues qu'à la suite d'ouvertures d'abcès de l'amygdale, et il est probable que l'artère a été intéressée par le travail inflammatoire plutôt que lésée par le bistouri de l'opérateur. Il n'y a pas, que je sache, un seul fait avéré de lésion opératoire de ce vaisseau. D'ailleurs l'instrument de Fahnestock, auquel on a reproché assez justement de n'enlever que

la partie la plus saillante de l'amygdale, donne, par cela même, une sécurité absolue.

CHAPITRE VI

Phlébotomie

Il peut sembler superflu d'indiquer ici la saignée, cette pratique, d'un usage déjà si restreint chez l'adulte, étant, à plus forte raison, abandonnée chez les enfants ; mais la restauration de cette opération, si étrangement oubliée aujourd'hui, est certainement promise à un avenir prochain, et la thérapeutique infantile en bénéficiera également. Galien ne croyait pas que la saignée dût être pratiquée avant quatre ans. Ch. West lui assigne à peu près la même limite.

On peut saigner chez l'enfant les veines du bras, ouvrir la jugulaire externe, les ranines, la saphène, etc. ; mais, sauf la saignée de la jugulaire, à laquelle les médecins anglais ont recours dans les maladies cérébrales des enfants, la phlébotomie, chez eux, se réduit à l'ouverture des veines du bras.

Hervieux a décrit de la façon suivante la phlébotomie du bras chez l'enfant : « Une lancette à grain d'orge, deux bandes d'un mètre au plus, un vase pour recevoir le sang, des compresses et de l'eau tiède, constituent tout l'appareil. Autant que possible, l'enfant doit être assis sur les genoux d'un aide qui fixe, en l'embrassant, le tronc ainsi que le bras du côté opposé à celui que l'on veut saigner. Si le petit malade est trop faible pour supporter la station assise, il suffira de faire maintenir le bras qu'on ne doit pas saigner. Cette précaution prise, l'opérateur examine les veines du pli du bras, après s'être assuré toutefois de la position de l'artère et de l'absence de toute anomalie de ce vaisseau. On a rarement beaucoup à choisir entre les veines chez les enfants : la médiane céphalique et la médiane basilique sont presque constamment les seules apparentes ; trop souvent on ne sent et l'on ne voit bien que la dernière. Lorsque la ligature n'en met aucune en évidence, ce qui est le cas le plus ordinaire chez les enfants à la mamelle, il est un moyen connu, mais généralement peu pratiqué, qui consiste à baigner dans l'eau chaude les mains des petits malades. J'ai réussi presque toujours ainsi à faire saillir l'un des gros troncs veineux du pli du bras et à faciliter considérablement une opération devant laquelle, malgré sa simplicité, reculent le plus grand nombre de médecins. La veine choisie et la ligature appliquée à 2 centim., au plus, du